Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

236

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1er mai 1907, à 1 heure

Par B. SÉROPIAN

De la Faculté de médecine de Paris

Né à Constantinople (Turquie)

FRÉQUENCE COMPARÉE

DES

CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. RECLUS et SEGOND, *professeurs.*
LEJARS, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	[illegible]
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (Aug.)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON VÉNERE PÈRE

A MA MÈRE

Ma seule ambition sera toujours d'élever mon dévouement à la hauteur de l'amour que vous m'avez prodigué et des sacrifices que vous avez faits pour moi.

A MA FEMME

Ma compagne dévouée.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur G. BONET-MAURY

PROFESSEUR A LA FACULTÉ LIBRE DE THÉOLOGIE PROTESTANTE DE PARIS

J'offre ce faible témoignage de mon affection, de mon absolu dévouement et de mon éternelle reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE :

M. BELOWS

MONSIEUR PITOYANTZ

DU REGRETTÉ R.-P. BARONIAN

Souvenir de reconnaissance.

A MONSIEUR J. ARDOUIN

Hommage affectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA MAISON D'ACCOUCHEMENT BAUDELOCQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au début de ce petit travail, d'assurer hautement de notre admiration et de remercier bien cordialement tous ceux qui nous ont aidé de leur enseignement ou de leur expérience clinique.

Nous nous adressons d'abord à notre premier maître M. le professeur Dieulafoy, qui a bien voulu, à notre arrivée en France, guider nos premiers pas et dont les leçons magistrales nous ont été d'une si grande utilité.

A M. Rieffel, professeur agrégé, qui nous permit, pendant plus d'un an et demi, de travailler dans son laboratoire d'anatomie; nous avons gardé de lui le souvenir d'un ami autant que d'un maître.

A M. Retterer, professeur agrégé, qui fut toujours si bienveillant pour nous, et à qui nous devons toutes nos connaissances d'histologie normale.

A M. Gley, professeur agrégé, et à M. Camus, dans le laboratoire desquels nous avons fait des recherches sur l'action de l'oxyde de carbone dans la tuberculose.

A M. le professeur Cornil, auquel nous devons nos connaissances d'anatomie pathologique.

A M. Tuffier, professeur agrégé, auquel nous tenons tout particulièrement à marquer notre reconnaissance ; non seulement nous lui sommes redevable des notions scientifiques qu'il nous a données, mais encore nous avons contracté vis-à-vis de lui des obligations spéciales ; car il est venu à notre chevet nous apporter durant notre maladie le secours précieux de ses soins éclairés.

A M. le professeur Hutinel, dans le service duquel nous avons étudié la pédiatrie, et qui nous a aussi consacré ses soins.

A M. le professeur Guyon, chez lequel nous avons appris ce que nous savons des voies urinaires.

A M. le professeur Pozzi, qui nous a initié à la science gynécologique.

A M. Déjerine, professeur agrégé, auquel nous devons nos connaissances sur les maladies mentales.

A M. le professeur Fournier, le très savant syphiligraphe de l'hôpital Saint Louis.

A M. Wallich, professeur agrégé, qui a su nous intéresser vivement à ses travaux sur la puériculture et dont les leçons pratiques faites au lit des malades, notamment sur les suites de couches, nous ont été si profitables.

A M. Comby, médecin des hôpitaux, dans le service duquel nous avons étudié encore les maladies infantiles. A M. Sauvage, ancien chef de clinique, auquel nous devons le sujet de cette thèse.

Nous devons aussi remercier MM. Funck-Brentano, Couvelaire, de leurs conseils éclairés, M. Mouchotte, chef de clinique, qui a eu l'amabilité de nous fournir certains renseignements nécessaires pour mener notre travail à bonne fin, et dont nous avons conservé le meilleur souvenir.

Nous prions aussi M^lle^ Roze, sage-femme en chef, d'agréer l'expression de notre reconnaissance.

Que M. le professeur Pinard nous permette de lui adresser tous nos remercîments et l'expression de notre profonde gratitude pour son bienveillant accueil, pour son magistral enseignement, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Enfin, nous nous faisons un devoir de rappeler ici la mémoire de notre regretté camarade et ami Alphonse Louis Minaud, dont l'avenir paraissait si brillant, et qui fut enlevé trop vite, hélas ! à notre affection.

INTRODUCTION

Fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré

« Les prématurés, pour lesquels on a fait tant de sacrifices, qui nous ont coûté tant de soins, de dévouement et d'argent, restent pendant la durée de leur vie des débiles ou des infirmes.... Leur système nerveux reste à jamais incomplètement développé, d'où déchéance, faiblesse fatale. Les appareils incomplètement développés fonctionnent prématurément, d'où infirmité. » Ainsi s'exprimait M. le professeur Pinard, dans son Rapport sur l'hygiène de la femme enceinte, au X[e] Congrès International d'Hygiène et de Démographie.

Et si, comme il est écrit au frontispice de l'amphithéâtre de la Clinique Baudelocque, si « le *nouveau-né a d'autant plus de chances de devenir un être sain, vigoureux et intelligent, qu'il est né à terme* » ; le devoir de la Société et de l'accoucheur est de faire naître les enfants à terme. C'est à cause de ce devoir que notre maître, M. le professeur Pinard, a demandé pour

la femme salariée le droit au repos pendant les trois derniers mois de la grossesse. Mais ce n'est qu'un vœu ; il reste à la Société à le réaliser.

Il n'en reste pas moins à déplorer encore aujourd'hui le nombre trop élevé d'accouchements survenant avant terme, et qu'une bonne hygiène pourrait seule diminuer. Cette hygiène doit découler logiquement de l'étude des causes de l'accouchement prématuré, puisque, suivant le vieil adage latin : *Sublata causa, tollitur effectus.*

C'est à cette étude que nous nous sommes attaché durant notre long stage à la Clinique Baudelocque.

Nous avons relevé parmi les cinq mille observations du service prises de 1904 à 1906, quelles étaient les causes des accouchements prématurés ; et, nous basant sur la fréquence de chacune d'elles, nous les avons classées par ordre d'importance, en sorte qu'il sera facile d'établir la comparaison.

De nos recherches, il résulte que nous pouvons déterminer et diviser ces causes comme suit :

1° L'absence d'hygiène pendant la grossesse, surtout dans les cas de traumatisme sexuel et de fatigue professionnelle ; ceux-ci produisent principalement leur action néfaste lorsqu'il y a insertion basse du placenta.

2° Une disposition anormale de l'œuf.

a) Insertion basse du placenta.

b) Grossesse double.

c) Hydramios.

d) Insertion vélamenteuse du cordon.

3° La maladie de la caduque.

Endométrite.

4° Les malformations utérines et les fibromyômes.

5° Les causes d'ordre général.

a) Syphilis.

b) Albuminurie.

c) Intoxication.

d) Maladies infectieuses.

e) Cardiopathies.

f) Tuberculose.

Est-il besoin de rappeler comment et pourquoi se produit l'accouchement prématuré dans chacun de ces cas ? Nous ne croyons pas devoir y insister, d'autres avant nous s'étant longuement étendus sur l'étiologie et le mécanisme de ces causes dont nous ne voulons que mettre en relief l'influence prépondérante sur l'accouchement prématuré.

Avant tout, nous nous expliquerons sur ce que nous entendons par accouchement à terme et par accouchement prématuré, puisque encore aujourd'hui, ces deux expressions donnent lieu à de nombreuses controverses.

CHAPITRE PREMIER

Durée de la grossesse à terme.

Le temps qui s'écoule entre le moment où l'œuf a été fécondé et celui où le fœtus a atteint son développement normal et est expulsé, mesure la durée de la gestation; et c'est à tort que certains auteurs admettent comme durée de la grossesse le temps pendant lequel le fœtus est contenu dans la cavité utérine.

Donc, pour préciser la durée de la grossesse il faudrait connaître, d'une part: le moment exact où a lieu la fécondation, d'autre part : le moment où le fœtus a atteint son complet développement. Or, jusqu'à présent la connaissance de ces deux faits est relative et nullement absolue. Le temps qui peut s'écouler entre le coït fécondant et la conception est essentiellement variable, se trouvant sous la dépendance du lieu où s'opère la fécondation, de la vitesse du mouvement ascensionnel des spermatozoïdes, de la maturité plus ou moins développée de l'œuf femelle. Si l'on a calculé d'une façon assez exacte le temps minimum qui doit fatale-

ment s'écouler entre le coït et la fécondation en s'appuyant sur la vitesse des spermatozoïdes (2 mm. 7 en une minute, d'après Heulé et Kraemer) et la longueur du chemin qu'ils ont à parcourir, on ne sait encore pendant combien de temps les éléments mâles déposés dans les voies génitales de la femme peuvent séjourner en conservant leur aptitude fécondatrice. Marion Sims (Notes cliniques sur la chirurgie utérine), cherchant à résoudre la question, dit que le spermatozoïde ne peut vivre plus de douze heures dans le mucus vaginal, mais que sa vitalité est plus longue dans le mucus du col ; ce mucus examiné quarante heures après le coït renferme autant de spermatozoïdes morts que de vivants.

On sait, d'autre part, que chez certaines espèces animales, les spermatozoïdes, déposés ou non, dans les poches copulatrices peuvent séjourner un temps très long, attendant la maturité des œufs femelles. Il peut exister d'après Schrœder un intervalle de un à quinze jours entre l'imprégnation de l'ovule et le moment où le sperme a été déposé dans les voies génitales. Ces raisons suffisent à démontrer qu'il est impossible de connaître exactement le moment où s'opère la fécondation.

D'un autre côté, nous ne connaissons pas les caractères pathognomoniques de la maturité du fœtus. Ignorant d'une façon absolue le moment où commence le développement du fœtus, et n'étant pas plus renseigné sur le moment où il atteint son apogée pendant la vie intra-utérine, nous n'insisterons pas davantage sur l'évaluation de la durée réelle de la grossesse, puisqu'elle

est impossible à déterminer rigoureusement. D'autre part, l'évolution organique d'après laquelle l'ovule fécondé se transforme d'abord en embryon, puis en fœtus, bien qu'assez constante et régulière, peut être accélérée ou retardée sous l'influence de conditions multiples dont les unes commencent à être connues et dont les autres sont complètement ignorées. Enfin, nous ne connaissons pas davantage les caractères pathognomoniques de la maturité du fœtus, et par cela même nous ne pouvons savoir quand son expulsion devient nécessaire ou sans danger, soit pour lui, soit pour la mère.

Nous allons examiner si, en prenant certains points de repère, on peut arriver approximativement à connaître le terme de la grossesse, c'est-à-dire la date probable de l'accouchement.

Fixation du terme de la grossesse calculé d'après le coït fécondant.

Le Dr Reid a recueilli, soit dans sa clientèle, soit dans celle de ses confrères, l'histoire de 50 cas dans lesquels la fécondation aurait été le résultat d'un seul coït dont la date était exactement connue. Le terme le plus fréquent oscille entre 274 et 280 jours. Les limites extrêmes seraient 260 et 294 jours.

D'après Tarnier et Chantreuil, Ravn aurait réuni en Danemark 31 cas où le séjour du coït fécondant a pu être fixé ; l'accouchement eut lieu en moyenne 272,3 jours après cette époque.

Stadfeld a réuni 34 cas semblables à Copenhague. Le chiffre moyen fut 271,4

Schwegel a trouvé en moyenne 260 à 280 jours; Schroeder 271.44; Walich 269; Depaul 265 à 270 jours, (Pinard). Nous avons nous-même réuni 60 cas où il n'y aurait eu qu'un seul coït, ces cas étant relatifs soit à des filles n'ayant eu qu'un seul rapprochement, soit à des femmes mariées dont les maris étaient absents depuis longtemps avant le dernier rapprochement ; la moyenne a été de 262 jours.

Fixation du terme de la grossesse d'après la dernière apparition des règles.

Devillers a noté le dernier jour des règles et le jour de l'accouchement dans 103 cas.

Voici le résultat de ses observations :

8	grossesses se sont terminées	du	250e	au	260e jour
10	—		260	— 270	—
39	—		270	— 280	—
31	—		280	— 290	—
10	—		290	— 300	—
3	—		300	— 310	—

Simpson, en réunissant les séries d'observations recueillies par Merriman, Murphy et Reid, a dressé un tableau d'où il ressort que c'est du 270e au 280e jour après la cessation des dernières règles que se produit le plus grand nombre d'accouchements. Les résultats de Devillers, de Merriman, de Murphy et de Reid s'accordent avec ceux de Schroeder et de Mattheus Duncan

qui évaluent à 278 jours l'intervalle du temps en question (1).

D'après Varnier :

« La sagesse nous semble donc vouloir que l'on fixe comme date probable de l'accouchement un peu avant le milieu de cette époque d'aléa, soit le 280e jour en prenant la précaution de dire (toujours sauf réserve d'un accouchement que nous dirons prématuré) qu'il faut se tenir prêt à partir du 270e jour et qu'il ne faudrait pas s'étonner si l'enfant ne naissait que vers le 300e jour et même plus tard.

« Pour les cas ordinaires, ceux où l'on connaît non pas la date du coït fécondant, mais celle des dernières règles, voici sur quoi l'on s'appuie pour fixer la date probable de l'accouchement. L'observation d'un très grand nombre d'accouchements a prouvé que si, le plus souvent, l'enfant naît du 270e au 280e jour après la fin des règles, il est très fréquent de voir l'accouchement ne se faire que du 280e au 300e jour et qu'il n'est pas très exceptionnel de noter au delà de 300 jours, jusqu'à 315. »

Après avoir exposé les idées de ces différents auteurs, nous avons cru sage, d'après les conseils de notre maître M. Pinard, d'admettre comme pouvant être à terme tout accouchement se produisant exactement neuf mois après la disparition des dernières règles.

1. Pinard. *Dictionnaire encyclopédique de Dechambre.*

CHAPITRE II

Accouchement prématuré

« Naître prématurément n'est point une chose indifférente et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident. » (Pinard.)

Avec nombre d'auteurs Guillemeau, Mauriceau, Baudelocque et M^me^ Lachapelle nous définirons accouchement prématuré tout accouchement fait du septième au neuvième mois.

C'est seulement à partir du septième mois que l'enfant présente un développement suffisant de son organisme, et en particulier de ses poumons, lui permettant de vivre de la vie extra-utérine.

DISTINCTION DES ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS. — Dans notre statistique portant sur 5.000 accouchements, pour établir la démarcation entre l'accouchement prématuré et l'accouchement à terme, nous nous sommes basé sur les signes suivants :

1° Date des dernières règles,

2° Hauteur de l'utérus,

3 Poids du fœtus.

1° *Date des dernières règles.* (Thèse de Vallais). — « La date des dernières règles pourrait avoir une importance capitale ; malheureusement bien des motifs en diminuent la valeur. »

Cependant, quand les règles cessent brusquement chez une femme qui est bien réglée, ce peut être un renseignement précieux au point de vue de l'évolution de l'époque de la grossesse.

2° *Hauteur de l'utérus.* — La hauteur de l'utérus gravide nous indique approximativement si l'enfant est à terme ou pas (bien entendu il faut que la grossesse soit normale). Il ne faut pas qu'il y ait exagération de liquide amniotique ou toute autre cause pouvant augmenter le volume de l'utérus. Dans ces conditions, la hauteur moyenne de l'utérus au terme de la grossesse est de 32 à 34 centimètres.

Varnier dans son ouvrage « *L'Obstétrique journalière* » nous donne les chiffres suivants :

2 mois	:	5 centimètres au-dessus du pubis.
3-4 —	:	10 —
5 —	:	20 —
à terme		33 —

M. Varnier ajoute que ces chiffres sont approximatifs.

3° *Poids du fœtus.* — En règle générale, les enfants de multipares pèsent plus que les enfants de primipares.

M. Pinard, dans son article « fœtus » du *Dictionnaire*

Encyclopédique de Dechambre résume le mémoire de Wernich et nous dit :

1° Le poids des enfants nouveau-nés augmente avec l'âge de la mère jusqu'à 29 ans et leur longueur jusqu'à 44 ans (Duncan).

2° Tout produit d'une grossesse répétée dépasse en poids et en longueur les précédents (Hecker).

3° L'âge, aussi bien que le nombre des accouchements, influe sur l'accroissement de poids et de longueur et chaque facteur agit suivant une progression (Wernich).

4° De très longs intervalles entre les grossesses successives troublent moins la progression des poids que des intervalles très courts (Wernich).

5° La variation des sexes trouble l'accroissement du poids des enfants au détriment bien prononcé des filles venues plus tard (Wernich).

6° Les premiers nés dont les mères ont été menstruées très tard sont moins volumineux que les enfants d'autres mères et principalement de celles qui ont été menstruées de très bonne heure (Wernich).

La statistique faite par M. Tarnier et qui comprend tous les accouchements à terme ayant eu lieu à la Maternité pendant une période de seize années, montre également combien la multiparité favorise le développement du fœtus et de ses annexes, quel que soit le sexe.

D'après ces auteurs nous pourrons dire : tout enfant qui, à sa naissance, ne pèse pas 3.050 à 3.100 grammes est suspect d'être né avant terme, à moins que nous n'ayons affaire à ces gros enfants provenant d'un gros

œuf ou à ces enfants d'albuminuriques que M. Pinard a si heureusement nommés « enfants araignées ».

LES PRÉMATURÉS

Ouvrons une parenthèse et parlons un peu des prématurés.

L'enfant né avant terme se développe mal ; son système nerveux reste atrophié ; d'où déchéance et faiblesse. D'un autre côté, nous savons que les prématurés supportent très mal les traumatismes (soit traumatisme du passage, soit traumatisme d'intervention). Leurs vaisseaux étant extrêmement friables, les ecchymoses sont fréquentes et les hémorragies interstitielles des centres nerveux ne sont pas rares. M. Wallich et tout dernièrement M. Couvelaire nous l'ont d'ailleurs montré par leurs belles expériences.

CHAPITRE III

Causes de l'accouchement prématuré.

Dès 1821 M^me^ Lachapelle critiquait ironiquement la tendance des accoucheurs et des médecins à encombrer le chapitre étiologique de l'avortement d'une foule de causes dont l'influence n'était rien moins que démontrée. « Il n'est peut-être pas, disait-elle, une seule des circonstances de la vie, un seul genre d'événement, un seul ordre de maladie qui n'ait été réputé cause d'avortement.

« Pour éviter le vague dans lequel cette multiplicité à jeté plus d'un auteur, nous passerons rapidement sur les causes douteuses et nous n'insisterons que sur celles qui peuvent nous offrir quelques considérations utiles.

« Le moindre examen suffit effectivement pour faire apprécier la valeur de ces causes supposées, pour faire voir que, dans l'ignorance où l'on était des causes véritables, on en a cherché dans les circonstances les plus indifférentes, et qu'on ne s'est alors appuyé sur aucun

argument, que sur ce raisonnement si souvent ridicule « *post hoc, ergo propter hoc* ». Lisez nos auteurs et vous verrez que l'odeur d'une bougie mal éteinte a quelquefois provoqué l'avortement (nous dirons, nous : accouchement prématuré) ou bien qu'un mouvement de mauvaise humeur, de dégoût, de caprice, etc... suffit pour le produire. »

Nous lisons dans des ouvrages classiques comme causes de l'accouchement prématuré : « la pléthore, l'hémophylie, l'hygiène défectueuse, le travail excessif, la constipation opiniâtre, l'hérédité, le prurit vulvaire, les excès de coït, la prostitution, les déchirures du col, les voyages, les longues marches, la trépidation prolongée d'une voiture, les soirées passées au théâtre ou au bal, les efforts simples ou répétés, les chutes, les traumatismes de toutes espèces, les émotions morales, etc... »

Mais par l'étude des faits recueillis, nous ne voyons que les causes suivantes qui puissent amener l'accouchement prématuré :

1° L'absence d'hygiène pendant la grossesse,
par traumatisme sexuel
et fatigue professionnelle,

qui agissent surtout lorsqu'il y a insertion basse du placenta.

2° Une disposition anormale de l'œuf,

a) insertion basse du placenta,

b) grossesse double,

c) hydramnios,

d) insertion vélamenteuse du cordon.

3° La maladie de la caduque:
Endométrite.
4° Les malformations utérines et les fibromyomes.
5° Les causes d'ordre général :
a) syphilis,
b) albuminurie,
c) intoxication,
d) maladies infectieuses,
e) cardiopathies,
f) tuberculose.

Naegelé (*Traité pratique de l'art des accouchements*, 1880 ; causes qui relâchent l'union de l'œuf avec la paroi utérine) nous dit :

« Dans cette catégorie rentrent principalement les anomalies de la caduque, telles que l'hypertrophie des tissus glandulaires et les exsudations qui se font dans ce tissu, l'involution prématurée et l'atrophie de la caduque, etc.... Les vaisseaux qui mettent en rapport l'œuf (ou le placenta) et la matrice sont tellement délicats et ont des parois si minces qu'une simple congestion sanguine suffit pour les rompre et pour produire consécutivement un décollement de l'œuf et l'accumulation du sang épanché.

« Par conséquent l'hypertrophie des vaisseaux utéro-ovariques ou utéro-placentaires devient très souvent une cause d'avortement de même que tout ce qui peut amener cette hyperhémie. »

Un peu plus bas il nous dit aussi: « Outre l'hyperhémie, il est un autre facteur de rupture vasculaire, c'est

la fragilité excessive des vaisseaux qui unissent l'œuf à la matrice. »

Nous ne voulons pas insister sur la discussion étiologique de la question puisque d'autres, avant nous, l'ont étudiée à fond ; nous voulons simplement par des chiffres établir la fréquence comparative des différentes causes d'accouchement prématuré

FRÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

M. Vallais, dans sa thèse inaugurale, traitant les causes de l'accouchement prématuré, a trouvé 36,61 0/0 de femmes accouchées prématurément.

Sur les 5.000 accouchements que comporte notre statistique, de 1904 à 1906, (fin juillet). nous notons 232 avortements, 1.614 accouchements prématurés et 3.154 accouchements pouvant être considérés comme à terme.

Ces 1614 accouchements avant terme se répartissent ainsi :

Chez les primipares.	732
au 7e mois.	50
au 8e mois.	174
au 9e mois.	508
Chez les multipares.	882
au 7e mois.	55
au 8e mois.	178
au 9e mois.	649

De ces observations nous tirons le pourcentage sui-

vant (pourcentage pris sur l'ensemble des accouchements, y compris les avortements): 32,28 0/0.

Si nous déduisons les 232 cas d'avortement nous avons le pourcentage suivant : 33,91 0/0.

Nous pouvons donc conclure, d'une manière générale, que les accouchements prématurés forment environ le tiers des accouchements pris dans leur ensemble.

CHAPITRE IV

Absence d'hygiène pendant la grossesse

1° *Fatigue professionnelle*

En 1740, Mauriceau dans son *Traité des maladies des femmes grosses* conseillait déjà le repos au moins pendant les deux derniers mois de la grossesse. Il estimait que la femme enceinte devait se reposer plutôt plus que moins et, comme il le disait, « gouverner se exercices ». Il disait en outre : « On voit souvent que les exercices extraordinaires que les femmes font dans les derniers mois de leur grossesse, faisant détacher l'arrière-faix d'avec la matrice avant le temps de l'accouchement, leur causent des pertes de sang qui sont fort dangereuses en ce temps et très souvent mortelles à la mère et à l'enfant. »

Depuis cette date les auteurs s'en sont plus ou moins occupés ; mais nous ne citerons que quelques fragments d'une importante communication de M. Pinard à la Société de médecine publique et d'hygiène, où il montre l'importance du repos pendant la grossesse sur le bon état de l'enfant.

« Presque toutes les femmes recueillies et soignées au refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher dans mon service à la clinique Baudelocque ; or, nous n'avons point tardé à reconnaître que la plupart des enfants de ces femmes étaient remarquables par leur développement. Et chaque fois que, lors de ma visite, je m'arrêtais près d'un berceau pour faire constater combien l'enfant qui y reposait était beau, presque toujours, quand j'en demandais l'origine, on me répondait : c'est un enfant du refuge, ou : c'est un enfant du dortoir, ce qui voulait dire : c'est un enfant dont la mère a été soignée et recueillie, soit au refuge, soit au dortoir de la clinique. »

Et nous citons encore les chiffres éloquents que donne M. Pinard à l'appui de son opinion :

Cinq cents femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement ont donné 1.500.000 grammes, soit 3.000 grammes par enfant ;

Cinq cents femmes ayant séjourné au moins dix jours au refuge ont donné 1.643.000 grammes, soit 3.290 grammes par enfant ;

Cinq cents femmes ayant séjourné au dortoir de la clinique Baudelocque ont donné 1.685.000 grammes, soit 3.366 grammes par enfant.

En présence de chiffres aussi probants on est obligé de reconnaître quel facteur important doit être le repos sur la bonne terminaison de la grossesse.

Et si la fatigue professionnelle est aussi néfaste au bon développement des enfants, c'est, il n'en faut point rechercher d'autres causes, par l'interruption préma-

turée de la grossesse qu'elle amène. Nous n'avons qu'à reprendre les statistiques de M. Pinard, nous voyons que :

Chez 1.000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement n'a été de 280 jours et plus, que 482 fois — de 230 jours à 270 jours que 279 fois — au-dessus de 270 jours que 239 fois.

D'autre part, chez 1000 femmes ayant séjourné au refuge et au dortoir, le temps écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été de :

280 jours et plus dans 660 cas — 230 à 270 jours dans 214 cas — au-dessus de 270 jours dans 126 cas.

Ces derniers chiffres démontrent de la façon la plus nette l'influence du repos sur la durée de la grossesse

Nous-même, résumant ici les résultats de nos recherches, avons trouvé :

Sur 1.614 accouchements prématurés : 320 causés par la fatigue professionnelle, soit 19,83 0/0 se répartissant ainsi :

145 primipares dont : 7 au 7e mois ; 34 au 8e mois ; 104 au 9e mois ;

Et 175 multipares dont : 4 au 7e mois ; 27 au 8e mois ; 144 au 9e mois.

En conséquence, nous pouvons conclure de notre statistique que :

1° La fatigue est plus néfaste chez les multipares que chez les primipares puisque nous avons 145 primipares et 175 multipares.

2° Ces accouchements prématurés se font plus fréquemment au 9e mois et au 8e mois qu'au 7e.

Observation n° 450. — Année 1904.

Accouchement prématuré, au cours du neuvième mois, occasionné par la fatigue.

Gabrielle X..., âgée de 26 ans, primipare.

Entre à la salle de travail le 21 mars à 2 heures du soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à 14 ans.

Date des dernières règles : du 1er au 5 juillet 1903.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du 9e mois.

Cette femme est bonne à tout faire ; elle se fatigue beaucoup ; elle ne s'est jamais reposée durant sa grossesse.

Dernier rapport : il y a quatre mois.

Examen des urines : pendant la grossesse : pas d'examen ; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : extrémité céphalique.

Variété de la position : G. A.

Début du travail : 21 mars 8 heures du matin.

Accouchée : le 21 mars.

Durée totale du travail : six heures et demie.

Rupture des membranes : artificiellement à la dilatation complète.

Poids de l'enfant : 2.970 grammes.

Poids du placenta : 500

Mensuration des membranes : 28/12.

Présentation du placenta : par le bord.

Extraction du placenta : par expression française, trente minutes après l'accouchement.

Pouls : 76. Température : 37°1.

Cette observation nous montre l'action néfaste de la fatigue sur la grossesse. Car cette femme avec un placenta à 12 centimètres et n'ayant aucune altération avait le plus de chances possible pour arriver à terme si elle ne s'était pas autant fatiguée.

Observation n° 55. — Année 1906 (*personnelle*).

Accouchement prématuré, au neuvième mois, par fatigue excessive.

Marie X..., troisième grossesse, 35 ans, *travaille dans une buanderie aux Enfants-Assistés ; ne s'est pas rpeosée durant sa grossesse.*

Entrée à la salle du travail 9 janvier 1906 à 10 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à 16 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs :

Première grossesse : août 1897, à l'Hôtel-Dieu accouchement : huitième mois.

L'enfant se présente par le sommet ; fille ; élevée au biberon par sa grand'mère ; vivante. R. de C. deux mois après l'accouchement.

Deuxième grossesse : octobre 1903. Accouchement spontané au huitième mois ; enfant se présentant par le sommet ; fille ; élevée au sein maternel pendant un mois, morte de broncho-pneumonie (?) au mois de novembre R. de C. six semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle : Date des dernières règles : du 7 au 11 avril 1905.

Hauteur de l'utérus : 29 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Derniers rapports : il y a deux mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : Sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : G A.

Auscultation : bonne.

Rupture prématurée des membranes le 9 janvier à 2 heures du matin.

Début du travail : 3 heures du matin.

Durée totale du travail : huit heures.

Accouchée : le 9 janvier 11 heures du matin.

Poids de l'enfant : 2.630 grammes.

Poids du placenta : 480 grammes.

Mensuration des membranes : 28/9.

Petite tumeur sur la face fœtale du placenta.

Pouls : 80. Température : 36°6.

Cette observation nous montre aussi l'action néfaste de la fatigue excessive pendant la grossesse.

Observation n° 89. — Année 1906 (*personnelle*).

Accouchement prématuré au huitième mois par fatigue excessive.

Victorine X... primipare, 17 ans 1/2, *blanchisseuse, repasse le linge ; ne s'est pas reposée durant sa grossesse.*

Entrée à la salle de travail le 16 janvier 8 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. — Réglée à 11 ans régulièrement.

Premier rapport : 16 ans 1/2.

Date des dernières règles : du 8 au 15 mai 1905.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : il y a trois mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : Sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 16 janvier 1 heure du matin.

Rupture des membranes : à la dilatation complète.

Durée totale du travail : onze heures.

Accouchée : le 16 janvier à midi.

Poids de l'enfant : 2.700 grammes.

Poids du placenta : 520 grammes.

Membranes : 32/9.

Pouls 72 : Température 36°6.

Cette observation vient confirmer ce que nous avons avancé sur l'effet produit par la fatigue sur la grossesse.

Observation n° 301. — Année 1906 (*personnelle*).

Accouchement prématuré, au neuvième mois, par fatigue excessive.

Cécile X..., primipare ; 21 ans ; *domestique, frotte les parquets ; ne s'est pas reposée durant sa grossesse.*

Entrée à la salle de travail le 17 février, 11 heures du soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à 15 ans régulièrement.

Premier rapport : 20 ans.

Date des dernières règles : 18 au 22 mai 1905.

Hauteur de l'utérus : 34 centimètres.

Age de la grossesse : Neuvième mois.

Dernier rapport : il y a huit mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier :

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : G. A.

Auscultation : bonne.

Rupture des membranes : prématurée et spontanée.

Début du travail : 17 février 10 heures du soir.

Dilatation complète : 18 février 2 heures du matin.

Durée totale du travail : 4 h. 45.

Accouchée : le 18 février 2 h. 45 du matin; injection intra-utérine.

Poids de l'enfant : 3.150 grammes.

Poids du placenta : 430.

Mensuration des membranes : dissociées, paraissant complètes; impossible.

Pouls : 80 ; température : 36°.

Encore une fois, cette observation vient à l'appui de ce que nous avons dit déjà sur l'effet de la fatigue professionnelle dans la grossesse.

2° *Traumatisme sexuel.*

Depuis Aristote et Hippocrate, tous les auteurs d'obstétrique, à quelques exceptions près, savaient l'influence néfaste du traumatisme sexuel sur la grossesse. C'est ainsi que déjà à la fin du 1er siècle Soranus d'Éphèse dans son *Traité des maladies des femmes* traduit en français par le professeur Fr. Jos. Hergott de Nancy, à propos du rôle du traumatisme sexuel au cours de la grossesse, s'exprime ainsi : « Les rapprochements sexuels sont nuisibles aux femmes enceintes dans tous les temps à cause des mouvements que l'utérus subit et qui sont dangereux pendant tout le temps de la grossesse ; il faut s'en abstenir, surtout pendant les derniers mois, de peur de léser le chorion qui contient le liquide si utile à l'accouchement. »

Mauriceau en 1721 dans son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* parle ainsi : « Il serait, outre cela, fort à propos que la femme s'abstienne du coït pour ce sujet pendant les derniers mois de la grossesse, d'autant que par son moyen le corps est extrêmement agité et même le ventre est comprimé dans l'action, ce qui fait que l'enfant prend une mauvaise situation. C'est pourquoi je ne suis pas de l'opinion d'Aristote qui dit au IVe chapitre du VIIe livre de l'*Histoire des animaux,* que les femmes qui usent du coït un peu devant que d'accoucher en accouchent plus facilement ; ce qui est entièrement contraire aux sentiments d'Hippocrate, qui dit au livre

de la superfétation : « La femme enceinte qui n'use pas du coït accouche plus facilement, « *mulier praegnans si coitu non utitur facilius a partu liberatur* ». Je crois que ceux qui feront bien réflexion à ces choses n'auront pas de peine à quitter ces vieilles erreurs qui certainement ont causé la mort de quantité de femmes et d'enfants et beaucoup de peine à plusieurs autres pour les raisons que j'ai dites. »

Quoique Mauriceau soit revenu plusieurs fois sur ce sujet dans son ouvrage, nous nous en tiendrons à cette citation, pensant qu'elle suffit amplement à montrer les idées de son auteur en même temps que celles de l'époque.

Vint plus tard Charpentier qui dans son *Traité pratique des accouchements* s'exprime ainsi : « La question des relations conjugales est extrêmement délicate et a été résolue différemment par les auteurs. Tout dépend de l'état de santé de la femme. Au début, lorsque les malaises de la grossesse sont un peu prononcés, leur cessation est absolument indiquée. Il en est de même au moment correspondant à l'époque cataméniale ; mais dans l'intervalle nous croyons que la séparation du mari et de la femme est moins nécessaire. A la fin de la grossesse les rapprochements deviennent de plus en plus difficiles ; de plus, ils ne sont pas sans inconvénients, et souvent déterminent des contractions utérines, qui, elles-mêmes, peuvent amener la rupture prématurée des membranes. »

Naegele, dans son *Traité pratique de l'art des accouchements* (article de physiologie et d'hygiène de la gros-

sesse), parlant des fatigues excessives qui peuvent déterminer facilement des hémorrhagies et des avortements ajoute : « Pour la même raison, le coït doit être exercé rarement et avec prudence ; dans les derniers temps il vaut mieux s'abstenir complètement; les femmes qui ont déjà eu des fausses couches ou des accouchements prématurés font bien d'y renoncer pendant toute la durée de la grossesse. »

Enfin, résumant la question Ribemont-Dessaignes et Lepage écrivent dans leur *Précis d'obstétrique* : « L'excitation génitale et le traumatisme exercé sur le col suffisent parfois en effet pour amener une congestion intense et consécutivement une hémorrhagie avec décollement de l'œuf. C'est surtout chez les primipares, dans les dernières semaines de la grossesse, alors que la tête fœtale est engagée, que le col peut être traumatisé pendant le coït. Lors donc qu'on est consulté par le mari sur ce sujet, il est bon de le prévenir du danger et de lui recommander d'avoir desrapports rares, modérés et au besoin de s'abstenir. »

M. Brenot (thèse de Paris) au point de vue de la fréquence de ces accouchements prématurés, reconnaissant comme cause un coït intempestif, nous signale cinq femmes accouchées à la Clinique Baudelocque depuis le 6 juin 1903 à 11 heures du soir jusqu'au 8 juin 1903 à 4 heures du matin, et, dans ces 5 cas, l'accouchement a été provoqué par un rapport sexuel. Par ce fait, nous pouvons avoir une idée de la fréquence de l'accouchement prématuré succédant à un traumatisme conjugal ; cette fréquence nous semble absolument hors de conteste.

Quant à nous, nous pensons que pendant les deux derniers mois au moins il est bon de s'abstenir de tout coït et d'en modérer le plus possible le nombre pendant les premiers mois. M. Pinard réclame des femmes grosses durant toute leur grossesse « le repos du jour et de la nuit ».

Maintenant que nous avons montré l'effet néfaste du rapport sexuel pendant la grossesse, prenons le résultat de nos recherches.

Dans 1.614 accouchements prématurés, sur 5.000 accouchements, nous trouvons 131 fois incriminés les rapports sexuels ayant eu lieu immédiatement ou vingt-quatre heures avant le début du travail.

Quant aux rapports remontant à au moins trois jours, nous n'en avons point fait mention.

Nous ferons remarquer que bien des fois les rapports ne sont pas avoués et par conséquent notre chiffre est loin d'être exact. Si nous avions l'aveu des femmes nous sommes certain que ces 131 cas seraient presque doublés.

En procédant nous avons ainsi relevé accouchées prématurément pour cette cause (coït dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'accouchement) :

75 primipares dont :

3 au 7e mois ; 15 au 8e mois ; 57 au 9e mois.

56 multipares dont :

1 au 7e mois ; 10 au 8e mois ; 45 au 9e mois.

N'ayant pu trouver d'autres statistiques pour confirmer ou infirmer la nôtre, nous sommes obligé de nous en rapporter à elle pour dire que dans un peu plus de 8 0/0 des cas où le coït est seul à incriminer et

sans cause prédisposante, par insertion vicieuse, le traumatisme sexuel est cause d'accouchement prématuré.

Nous verrons donc plus bas que si l'on tient compte de l'insertion vicieuse et du coït agissant concomitamment on trouve 74 cas de traumatisme à ajouter ; en conséquence la proportion approximative s'élèverait à 13 0/0, si ce n'est plus.

Nous conclurons donc que :

1° L'accouchement prématuré par traumatisme sexuel est plus fréquent qu'on ne le croit;

2° Il est plus fréquent encore chez les primipares que chez les multipares;

3° Cette fréquence apparaît nette surtout au neuvième mois.

Aussi terminerons-nous ce chapitre par ce mot plein d'humour du professeur Pajot : « Maintenant que vos vœux sont exaucés ne les poussez pas trop loin. »

Observation n° 648. — Année 1904.

Accouchement prématuré au commencement du neuvième mois causé par traumatisme sexuel un quart d'heure avant le début du travail.

D. X..., troisième grossesse, 21 ans, blanchisseuse. se repose chez elle depuis deux mois (*pendant le jour*). Entrée à la salle de travail le 23 mai à six heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier sauf scarlatine et rougeole dans son enfance. Réglée à 14 ans 1/2.

Grossesses antérieures. — Première le 14 octobre 1902 avortement de six semaines.

Deuxième le 21 juin 1903 à la Clinique Baudelocque (Observation n° 1050). Accouchement au septième mois ; présentation du sommet ; accouchement spontané ; garçon ; pesant 1.500 grammes ; placenta 340 grammes ; mort trois jours après sa naissance ; R. de C. six semaines après.

Grossesse actuelle. — Date des dernières règles : du 8 au 15 septembre 1903.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : hier soir (22 mai, les douleurs ont commencé un quart d'heure après le rapport).

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; — au moment de l'accouchement ; pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : le 22 mai à 11 heures du soir.

Rupture des membranes : température, tardive.

Dilatation complète (?).

Accouchée : le 23 mai, 6 h. 40 du matin.

Durée totale du travail : sept heures et demie environ.

Enfant pesant : 2.630 grammes.

Placenta : 560 grammes.

Mensuration des membranes : dissociées paraissant complètes : impossible.

Température : 37°2. Pouls : 72.

Observation n° 56. — Année 1905.

Accouchement prématuré au huitième mois provoqué par rapport sexuel immédiatement avant le début de travail.

Paulette M..., primipare, âgée de 20 ans, demoiselle de magasin, se repose depuis deux mois. Entrée à la salle de travail le 13 janvier, 8 h. 20 du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques : rien de particulier, réglée à 13 ans.

Hauteur de l'utérus (par suite de dilatation complète, la tête de l'enfant étant déjà trop avancée, la mensuration a été impossible).

Date des dernières règles : du 17 au 19 mai 1904.

Age de la grossesse : 8 mois.

Dernier rapport : *12 janvier, immédiatement avant le début du travail.*

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; au moment de l'accouchement : id.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : O. P.

Auscultation : bonne à gauche.

Début du travail : le 12 janvier, 8 h. soir.

Dilatation complète : ?

Rupture des membres : ?

Accouchée : le 13 janvier, 8 h. 25 du matin.

Durée totale du travail : 12 h. 25.

Enfant pesant : 2.300 grammes.

Placenta : 430 grammes.

Mensuration des membranes : 28/8.

Pouls : 92, température : 37 8 ; injection intra-utérine.

Ces observations, par elles-mêmes, sont trop éloquentes pour ajouter quoi que ce soit.

Observation n° 592. — Année 1906.

Accouchement prématuré au neuvième mois occasionné par traumatisme sexuel quelques heures avant le début du travail.

Antoinette H..., II-pare âgée de 21 ans ; ménagère ; se fatigue peu. Entrée à la salle du travail, 2 avril, 7 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques : rien de particulier ; réglée à 13 ans 1/2.

Première grossesse : juillet 1904 à la Clinique Baudelocque. *Obs.* n° 973 ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; fille 3.540 grammes, placenta 600 grammes ; sein maternel pendant trois jours puis biberon par nourrice connue de la mère ; vivante ; première dent à 5 mois ; premiers pas un an ; R. de C. un mois après.

Grossesse actuelle :

Date des dernières règles : du 1er au 8 juillet 1905.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : 9 mois.

Dernier rapport : quelques heures avant le début du travail.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; au moment de l'accouchement : id.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : le 2 avril, 6 heures du matin.

Dilatation complète : le 2 avril, 1 h. 50, soir.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 2 avril, 2 heures, soir.

Durée totale du travail : huit heures.

Poids de l'enfant : 2.900 grammes.

Poids du placenta : 380 grammes.

Mensuration des membranes : 31/10.

Pouls : 80. Température : 36°8.

Observation, n° 913. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au commencement du neuvième mois, provoqué par traumatisme sexuel immédiatement avant le début du travail.

Yvonne G..., primipare, 18 ans, ménagère, fait son ménage se fatigue peu ; entrée à la salle de travail le 26 mai à 1 heure du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques : rien de particulier.

Date des dernières règles : du 2 au 8 septembre 1905.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : le 25 mai, immédiatement avant le début du travail.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Variété de la position : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 25 mai, 5 heures du soir.

Dilatation complète : 26 mai, 5 h. 10 du matin.

Accouchée : 26 mai, 5 h. 35 du matin.

Durée totale du travail : douze heures trente-cinq.

Poids de l'enfant : 2.600 grammes.

Poids du placenta : 380 grammes.

Mensuration des membranes : 31/10.

Température : 37°2. Pouls : 88.

CHAPITRE V

Disposition anormale de l'œuf.

1° *Insertion du placenta sur le segment inférieur.*

Les accoucheurs anciens pensaient que le placenta s'insérait toujours au fond de l'utérus. Aranzius, en 1564, s'était bien élevé contre cette opinion, mais sans apporter de faits à l'appui de ses critiques, et c'est seulement en 1685 que Portal prouva indubitablement la possibilité de l'insertion placentaire sur tous les points de la cavité utérine. Cette opinion fut confirmée par tous les auteurs du XVIII[e] et d'une partie du XIX[e] siècle qui croyaient toutefois que le segment supérieur était la plupart du temps le lieu d'insertion placentaire, quand M. Pinard vint démontrer que le placenta se fixait le plus fréquemment sur le segment moyen et sur le segment inférieur mais plus rarement sur le segment supérieur.

Si l'insertion sur les deux tiers supérieurs de l'utérus n'apporte aucune entrave au libre développement de la grossesse, l'accouchement prématuré est très souvent

provoqué, comme le dit M. Pinard, par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents. Cette insertion vicieuse du placenta trouble donc le développement de l'utérus. Il suffira d'une mensuration après la délivrance pour la mettre en évidence. Toutes les fois que d'un côté de l'orifice de rupture les membranes tendues auront moins de dix centimètres, nous dirons qu'il y a insertion sur le segment inférieur. Nous venons de voir qu'elle amène souvent l'interruption de la grossesse, et si nous consultons les statistiques parues jusqu'à ce jour, nous trouvons que, d'après M^lle^ Bertha Dylion (Thèse 1890), sur 1.158 accouchements, 562 ont eu lieu avant le neuvième mois et 196 au cours du neuvième mois, c'est-à-dire plus d'accouchements prématurés (65,4 0/0) par insertion vicieuse que d'accouchements à terme.

D'après Vallais (Thèse de Paris 1893), « sur 1.000 accouchements, 179 fois l'insertion du placenta sur le segment inférieur a causé l'accouchement prématuré ; 343 fois la même insertion vicieuse n'a point troublé la gestation. » Cette moyenne est donc bien moins forte que la précédente, puisqu'ici ce n'est que dans le sixième des cas qu'il y a eu accouchement avant terme.

Voici une statistique encore bien plus éloquente :

D'après M. Pinard, sur 392 accouchements par insertion basse du placenta, il y eut 25 avortements, 142 accouchements prématurés, 225 accouchements à terme se répartissant ainsi :

56 primipares dont :

8 au 7e mois ; 28 au 8e mois ; 12 au 9e mois.

86 multipares dont :

12 au 7e mois ; 34 au 8e mois ; 40 au 9e mois.

Soit 36 accouchements prématurés pour 100 insertions vicieuses du placenta.

Ayant, à notre tour, passé en revue les 5.000 observations puisées dans les registres de la Clinique Baudelocque nous avons trouvé 3142 fois, c'est-à-dire 62.85 0/0, des cas où le placenta est inséré vicieusement. Ces chiffres viennent appuyer d'un grand poids les idées déjà émises par M. Pinard relativement à la fréquence de l'insertion basse. Mais nous irons plus loin. Reprenant l'étude approfondie de notre statistique, nous nous apercevons que sur les 1614 accouchements prématurés relevés dans nos 5.000 observations, 575 ont eu pour cause l'insertion basse.

Et nous voilà amené à dire que dans près d'un tiers des cas, l'accouchement avant terme est dû à l'insertion placentaire sur le segment inférieur. A vrai dire, il ne faut pas incriminer cette cause seule.

Dans 387 cas sur les 575, nous n'en avons pu en effet trouver d'autres. Ils se décomposent ainsi :

168 primipares dont :

12 au 7e mois ; 37 au 8e mois ; 119 au 9e mois.

219 multipares dont :

9 au 7e mois ; 37 au 8e mois ; 173 au 9e mois.

Sur les 188 cas qui restent, 114 fois nous trouvons surajoutée la fatigue professionnelle et 74 fois le traumatisme sexuel. Il est bien évident que ce ne sont là

que les causes occasionnelles et que la véritable cause c'est en réalité l'insertion basse.

Mais enfin le plus fréquemment cette dernière n'est que prédisposante, puisqu'elle n'amène pas *infailliblement*, mécaniquement, et à elle seule l'accouchement avant terme.

De la comparaison de ces chiffres nous tirerons les conclusions suivantes :

1° L'insection du placenta sur le segment inférieur est extrêmement fréquente (62.85 0/0).

2° Dans près d'un tiers des cas c'est à cette insertion basse que sont dus les accouchements prématurés.

3° Ils sont plus fréquents chez les multipares que chez les primipares, plus fréquents aux huitième et neuvième mois qu'au septième.

4° Ce sont la fatigue professionnelle ou le traumatisme sexuel qui viennent accentuer les effets de l'insertion vicieuse.

Observation n° 188. — Année 1904.

Accouchement prématuré au septième mois par insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie à répétition.

X..., primipare, âgée ? ménagère, se repose au lit depuis le 12 janvier 1904 ; entrée à la salle de travail le 4 février 1904.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques : rien de particulier ; bon casier ancestral ; 17 frères et sœurs dont 3 morts. Réglée à 15 ans 1/2, irrégulièrement pendant deux ans.

Date des dernières règles : du 13 au 18 juin 1903.

Hauteur de l'utérus : ?

Age de la grossesse : 7 mois 1/2 environ.

Dernier rapport ?

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Variété de la position : G.A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : le 3 février 1904 à 10 heures du matin.

Dilatation complète : le 4 février à 4 heures du soir.

Durée totale du travail : huit heures.

Accouchée : le 4 février 1904, à 6 heures du soir.

Poids du fœtus : 2.550 grammes (mis à la couveuse, mort le lendemain ;

Poids du placenta : 500 grammes.

Mensuration des membranes : 30/2.

Remarques : Cette femme vient de chez elle ; elle se repose au lit depuis le 12 janvier ; hémorrhagie à répétition ; première hémorrhagie le 3 décembre 1903, de la valeur de 100 grammes. Contractions douloureuses de l'utérus irrégulières qui se ralentissent au bout de deux jours. Malgré la position horizontale. les pertes se reproduisent jusqu'au 25 décembre quoique très faibles. Le 30 décembre la malade se lève et reprend ses occupations avec précaution.

Le 12 janvier, nouvelle hémorrhagie plus violente que la première (300 gr. à peu près) ; contractions douloureuses plus fréquentes ; le travail pourtant ne se déclare pas ; repos absolu au lit, dans la position horizontale ; il persiste un écoulement noirâtre jusqu'au 29 janvier 1904.

Le 4 février commence le travail à 6 heures du matin. Un

écoulement de sang, en quantité modique d'abord, s'accentue jusqu'à donner environ 300 grammes.

L'hémorrhagie s'arrête, mais un suintement persiste.

A 10 heures du matin surviennent les contractions utérines, douloureuses et assez irrégulières. A 10 heures 1/2 ; nouvelles pertes ; pouls à 104.

A 12 heures 1/2 on transporte la femme à Baudelocque ; les contractions persistent toujours ; suintement continu.

A 3 heures, dilatation de deux francs, déchirure large des membranes par la sage-femme en chef ; la tête venant appuyer sur l'orifice arrête tout écoulement ; à 4 heures du soir dilatation complète, expulsion d'un garçon en O. I. G.

Cette observation nous montre la physionomie de l'accouchement par insertion basse du placenta ; en outre elle nous montre la conduite à tenir pendant l'accouchement.

Observation n° 1846. — Année 1905 (*personnelle*).

Accouchement prématuré au neuvième mois par insertion basse du placenta.

Emilie X..., âge : ? primipare, chenilleuse, travaille assise ; se repose depuis trois semaines ; entrée à la salle de travail le 12 décembre 1905 à 5 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques : rien de particulier ; réglée à 15 ans régulièrement.

Date des dernières règles : du 14 au 21 mars 1905.

Hauteur de l'utérus : 34 centimètres.

Age de la grossesse : 9 mois.

Dernier rapport : juin 1905.

Examen des urines pendant la grossesse ; pas d'albumine ; pendant l'accouchement : id.

Examen général : taille 1 m. 37.

Présentation : céphalique.

Position : D. P

Auscultation : bonne.

Début du travail : 12 décembre à 2 heures du matin.

Accouchée : le 12 décembre à 1 h. 40 du soir.

Durée totale du travail : onze heures quarante.

Poids de l'enfant : 3.070 grammes.

Poids du placenta : 650 grammes.

Mensuration des membranes : 29/2.

Observation nº 1953. — Année 1905 (*personnelle*).

Accouchement prématuré au neuvième mois ; placenta sur le segment inférieur ; absence d'accommodation pendant la grossesse et le travail. Rupture prématurée des membranes une heure avant le début du travail. Présentation de l'extrémité céphalique avec procidence d'un pied ; réduction manuelle sous chloroforme.

Valentine X..., 23 ans ; primipare, domestique dans une maison bourgeoise. Entrée à la salle de travail le 26 décembre, 7 heures du matin, 1905.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques : rien de particulier ; réglée à 15 ans, régulièrement.

Dernières règles : du 23 au 29 mars 1905.

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Age de la grossesse : 9 mois.

Dernier rapport : fin mai 1905.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine.

Examen des urines pendant le travail : pas d'albumine

Examen général : rien de particulier.

Présentation : céphalique.

Position : G. T.

Auscultation : bonne.

Début du travail : ?

Dilatation complète à 4 h. 45.

Accouchée le 25 décembre 1905.

Durée totale du travail : dix-neuf heures cinquante cinq.

Rupture prématurée des membranes.

Poids de l'enfant : 2.750 grammes.

Poids du placenta : 460 grammes.

Mensuration des membranes : 34/5.

Injection intra-utérine : sérum artificiel.

Pouls : 87. Température : 37°.

Remarques. — Cette femme n'a jamais consulté pendant sa grossesse ; arrive à la Clinique Baudelocque le 26 décembre à 7 heures du matin.

On fait les constatations suivantes :

Présentation de l'extrémité céphalique ; dos à gauche ; enfant vivant.

Dilatation de deux francs ; membrane rompue.

Extrémité céphalique orientée en G. T.

Le pied gauche accompagne la partie fœtale au-devant de la tête et à gauche.

A 9 h. 1/2 du matin la sage-femme en chef examine la femme, déplace le pied, le remonte. L'utérus est rétracté, les contractions sont rapprochées ; le pied retombe presque aussitôt.

A 10 h. 15 du matin M. Pinard réduit la procidence mais insiste sur le fait que le pied est fatalement accolé à la tête et

descend même au-devant d'elle. L'utérus est toujours rétracté, les bruits du cœur sont bons.

A 10 h. 35 on constate que la procidence s'est produite à nouveau; la tête n'a pas progressé.

Monsieur Pinard conseille de réduire à nouveau la procidence et d'appliquer une ceinture eutocique. A 11 h. 45 le chef de clinique fait mettre la parturiente dans la position obstétricale et introduit la main dans le vagin, tente la rétropulsion, mais l'utérus est constamment dur, la femme a une défense musculaire accusée. On donne du chloroforme et c'est seulement lorsque la résolution musculaire est complète qu'elle remonte très facilement le pied au-dessus de la grande circonférence de la tête; les bruits du cœur sont bons.

A 2 heures du soir la tête est un peu descendue ; dilatation de cinq francs.

A 4 heures, dilatation comme une paume de main.

A 7 h. 45, dilatation complète.

A 4 h. 55, expulsion spontanée.

L'enfant naît étonné, crie après la désobstruction des voies aériennes.

Cette observation peut nous montrer aussi nettement la difficulté de l'accommodation de la tête dans l'insertion basse du placenta.

Observation nº 234. — Année 1906.

Accouchement au huitième mois par insertion basse du placenta ; pertes sanguines assez abondantes, à répétition. Fœtus très mobile ; excès de liquide. Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète.

Jeanne X..., sixième grossesse, 40 ans, ménagère, se repose

depuis six semaines. Même père pour les quatre premiers enfants. Pour les deux derniers : père 42 ans, couvreur.

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques : rien de particulier ; réglée à 17 ans, régulièrement.

Grossesses antérieures et accouchements :

I. — En août 1886. chez elle ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; garçon ; élevé au sein maternel jusqu'à 5 mois ; ensuite biberon par nourrice connue de la mère ; vivant ; pas de règles pendant l'allaitement.

II. — En 1888 (mars), chez elle ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; garçon ; sein maternel pendant cinq mois ; ensuite biberon par la tante ; vivant ; pas de règles pendant l'allaitement.

III. — En avril 1891, chez elle ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; fille ; sein maternel, quatre mois ; biberon par la tante ; vivante ; pas de règles pendant l'allaitement.

IV. — En octobre 1893 chez elle ; accouchement spontané à terme ; présentation du sommet ; garçon ; sein maternel un mois ; biberon par la tante ; mort à 8 mois 1/2 au mois de juin. R. de C. ?

V. — En mars 1904 accouchée chez une sage-femme en ville ; accouchement spontané à terme ; présentation du sommet ; garçon ; sein maternel quatre jours ; biberon par nourrice inconnue de la mère ; mort à 16 mois (diarrhée infantile). R. de C. six semaines après l'accouchement. Cette femme s'est placée nourrice à la suite de ses quatre premiers accouchements ; elle reste vingt-trois mois nourrice après son premier accouchement et un an pour les trois autres.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 12 au 16 juin 1905.

Hauteur de l'utérus : 36 centimètres.

Dernier rapport : il y a sept semaines.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Accidents et complications pendant la grossesse : pertes sanguines assez abondantes le 30 décembre 1905 ; 15 janvier 1906, 23 janvier, 6 février.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : plan latéral.

Variété de position au moment de l'accouchement : G. A.

Accouchée : le 7 février 1906.

Durée totale du travail : quinze heures quarante-six.

Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète.

Poids de l'enfant : 2.400 grammes.

Poids du placenta : 530 grammes.

Mensuration des membranes : 24/0.

Remarques. — Cette femme n'a jamais consulté pendant la grossesse. Le 30 décembre à 3 heures de l'après-midi, sans aucune contraction, la femme a eu un écoulement sanguin pendant quelques heures ; elle fait appeler une sage-femme qui lui conseille le repos.

Le 15 janvier nouvelle perte sanguine ; le docteur Mandé conseille le repos au lit et les injections chaudes ; il porte le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta et recommande à sa cliente de venir à la Clinique Baudelocque dès la nouvelle hémorrhagie.

Le 6 février à 9 heures du matin nouvelles pertes sanguines ; la femme est arrivée à la clinique en ambulance dans un état

général bon avec 104 de pulsation et 37° 2 de température. Pas d'écoulement sanguin ; pas de pôle fœtal engagé ; pôle dans la fosse iliaque gauche. Autre pôle fœtal plus élevé dans le flanc droit ; bruits du cœur du bons. — Col long ; pas de partie fœtale accessible. Épaississement à droite sur segment inférieur. Peu de contraction. La sage-femme en chef fait une version par manœuvres externes, ramène la tête en bas et par suite de l'excès de liquide la tête a tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche. On pose une ceinture entocique et on fait surveiller attentivement cette femme.

A 10 heures les contractions utérines deviennent plus fréquentes ; tête toujours très élevée et mobile. Col en voie d'effacement ; pas d'écoulement sanguin.

A 2 heures du matin petit écoulement sanguin ; col ouvert comme 2 francs. On sent le placenta à droite ; on rompt largement les membranes en faisant fixer la tête selon les conseils de Mlle la sage-femme en chef ; à 2 h. 40 l'écoulement sanguin s'arrête et la tête se fixe.

A 4 h. 30 dilatation complète ; expulsion d'un enfant vivant.

2° *Grossesse gémellaire.*

La grossesse gémellaire est relativement fréquente ; Charpentier l'a rencontrée 1 fois par 67 accouchements en moyenne, Dubois 1 fois sur 92. Nous trouvons dans les statistiques de Mme Lachapelle 1 accouchement gémellaire sur 85 accouchements simples ; à l'Hôtel-Dieu 1 sur 70 ; à la Clinique de Bordeaux 1 sur 87 ; dans une statistique de P. Dubois 1 sur 92. A la Maternité la

proportion fut de beaucoup supérieure à celle indiquée par les différents auteurs ; sur un total de 27.486 femmes observées, 429 eurent des grossesses gémellaires, soit une proportion de 1 sur 64 ou encore de 1,5 0/0. M. Tessard (thèse de Paris, 1902-1903. Fonctionnement de la Maternité de la Pitié), sur 2.340 accouchements, trouve 23 grossesses gémellaires soit 1 grossesse sur 101 accouchements. M. Pinard a rencontré 251 fois sur 16.667 accouchements, soit 1 fois sur 66,4 accouchements en moyenne. Dans une autre statistique de M. Pinard nous trouvons sur 18.700 accouchements 225 fois la gémellité, soit 1 fois sur 83 accouchements. Nous-même, dans nos 5,000 observations, nous avons trouvé 93 grossesses doubles, soit 1 fois sur 53 accouchements. Ces proportions sont fortes, mais il est facile de se l'expliquer puisqu'on reçoit de préférence aux autres, dans les services hospitaliers, les femmes ayant une grossesse double, ce qui est du reste naturel, puisque leur état demande plus de soins.

Pour avoir la proportion exacte, il suffit de consulter les statistiques de M. Bertillon ; alors qu'en France on trouve sur 1.000 accouchements 9,9 grossesses doubles en moyenne, on en rencontre en Danemark et en Suède, pays particulièrement prolifiques comme l'on sait, on en rencontre, disons-nous, 14,20 et 14,50 pour 100 accouchements.

Dans une statistique faite par le Dr Veit, professeur à Rostock on trouve une proportion de 1 sur 88 accouchements. Dans le Wurtemberg, 1 sur 86 et en Saxe, 1 sur 78.

En Angleterre, Arnell trouve la proportion de 1 sur 175, Ramsbtham, 1 sur 91 et Collins, 1 sur 62.

Ces différentes statistiques prouvent donc que la fréquence des grossesses gémellaires varie suivant les races et les pays.

Fréquence de l'accouchement avant terme dans la grossesse double.

M. Monteiro, dans sa thèse inaugurale, sur une statistique de 16.667 accouchements pris tant à Lariboisière qu'à la clinique Baudelocque, donne 251 accouchements gémellaires ;

a) primipares, 83,7 0/0,

b) multipares, 75 0/0.

M. Sriber (thèse de Paris, 1906) trouve que la proportion des primipares accouchant avant terme est de 65 0/0 et celle des multipares 59 0/0.

Sur les 93 grossesses doubles recueillies dans nos 5.000 observations nous trouvons 30 accouchements à terme et 63 avant terme, soit une proportion de 67,74 pour 100 gémellaires accouchées avant terme.

Ces 63 accouchements avant terme se répartissent ainsi :

20 primipares dont : 12 au 8e mois ; 9 au 9e mois.

42 multipares dont : 2 au 7e mois ; 17 au 8e mois ; 23 au 9e mois.

Nous avons un plus grand nombre d'accouchements gémellaires chez les multipares parce que, d'une façon générale, les accouchements des multipares sont plus

nombreux que ceux des primipares. Mais si nous prenons un nombre déterminé de primipares et de multipares, nous voyons que chez les primipares la gémellité est plus fréquente. D'autres avant nous l'ayant démontré, nous ne voulons pas entreprendre l'étude de cette statistique.

Nous conclurons donc en disant que :

1° Parmi les causes fréquentes de l'accouchement prématuré la grossesse gémellaire tient une bonne place.

2° La grossesse gémellaire provoque plus fréquemment l'accouchement avant terme chez les primipares que chez les multipares.

3° Les accouchements avant terme causés par la grossesse double se font en plus grand nombre du 8e au 9e mois.

4° Les enfants des primipares pèsent plus que ceux des multipares.

5° Les deuxièmes jumeaux sont un peu moins gros que les premiers, puisque le poids moyen des premiers est de 2.295 grammes chez les primipares et 2.274 grammes chez les multipares, tandis que celui des seconds jumeaux est de 2.187 grammes chez les primipares et de 2.262 grammes chez les multipares (quoique l'insertion du cordon commande le poids de l'enfant nous n'avons pas voulu entrer dans ce détail ; nous donnons donc ces chiffres approximativement, sachant d'ailleurs qu'ils pourront être critiqués).

6° Sur 100 grossesses il y a 1,86 grossesses gémellaires, ou 1 sur 53 accouchements.

7° Sur 100 grossesses gémellaires il y a 67,74 accouchements gémellaires avant terme.

8° Et enfin sur 100 accouchements prématurés on trouve 3,84 accouchements prématurés provoqués par la grossesse double.

M. Monteiro a trouvé que chez les primipares la grossesse double provoquait plus fréquemment l'accouchement prématuré que chez les multipares. Nous nous rangeons nous-même à cette opinion.

Observation n° 1559. — Année 1904.

Accouchement prématuré au neuvième mois provoqué par grossesse gémellaire.

Juliette R..., primipare, 21 ans, bonne à tout faire, se repose depuis quatre mois. Entrée à la salle de travail le 7 novembre, 8 h. 45 du soir. Pas de gémellité dans sa famille.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, sauf scarlatine à 11 ans 1/2 ; réglée à 12 ans 1/2.

Date des dernières règles : du 8 au 12 février.

Hauteur de l'utérus : 38 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : 15 mars.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (4 examens successifs) ; — pendant l'accouchement, pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : céphalique pour le deuxième jumeau.

Engagement : effectué pour le premier jumeau.

Position et variété : premier jumeau G. A., deuxième jumeau D. T.

Auscultation : bonne (2 foyers).

Début du travail : 7 novembre, 9 heures du matin.

Dilatation complète : 7 novembre à minuit.

Rupture des membranes : tempestive pour le premier jumeau, artificielle pour le deuxième jumeau.

Durée totale du travail : 15 h. 40.

Poids des jumeaux : premier jumeau 2.410 grammes ; deuxième jumeau 2.720 grammes.

Poids du placenta : 980 grammes pour les deux placentas.

Mensuration des membranes pour le premier jumeau 32/16 ; pour le deuxième jumeau 34/8 (deux placentas séparés par un pont membraneux de 12 centimètres ; les deux enfants sont de sexe féminin).

Température 36°9. Pouls 80,8.

Observation n° 1425. — Année 1905.

Accouchement prématuré, au huitième mois, provoqué par la gémellité.

Victorine A..., primipare, 22 ans, domestique, se repose depuis trois mois.

Entrée à la salle de travail le 22 septembre 8 heures du soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; pas de gémellité dans sa famille. Réglée à 15 ans.

Date des dernières règles : du 11 au 14 janvier.

Hauteur de l'utérus : 42 centimètres.

Age de la grossesse : 8 mois.

Dernier rapport : il y a six mois.

Pertes sanguines légères, ayant duré plusieurs jours, vers la moitié de la grossesse.

Examen des urines pendant la grossesse (examen fait par une sage-femme en ville, deux mois avant son entrée): albumine. On lui a ordonné un régime lacté.

Examen des urines pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Taille : 1 m. 52.

Présentation : premier jumeau, sommet, engagement effectué, position et variété G. A. ; deuxième jumeau, sommet, position et variété G. T.

Auscultation : (2 foyers) bonne.

Début du travail : 22 septembre, 4 heures du matin.

Dilatation complète : 22 septembre 2 h. 25 du soir.

Rupture des membranes : spontanée et précoce 22 septembre 2 h. 15 du matin.

Accouchée : le 22 septembre 3 heures du soir pour le premier ; 3 h. 15 pour le deuxième.

Durée totale du travail : 11 h. 45.

Poids des enfants : premier jumeau 2.300 grammes ; deuxième jumeau 2.650 grammes.

Poids du placenta : unique, 1.050 grammes.

Mensuration des membranes : 37/12. (Cloison de séparation formée de deux chorions et deux amnios, injection intra-utérine,

Température : 37°6. Pouls : 88.

Les deux enfants ont quitté la Clinique en très bon état.

Observation n° 600. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au début du neuvième mois, causé par gémellité.

Juliette G..., 25 ans, II-pare, sans profession, n'a pas travaillé.

Entrée à la salle de travail le 3 avril 1906, 10 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, *pas de gémellité dans sa famille*; réglée à 13 ans régulièrement.

P. R. : 23 ans.

Grossesse et accouchement antérieur : premier en 1905, (1er mars) chez elle; avortement de quatre mois; R. de C. un mois après l'avortement.

Date des dernières règles : du 18 au 22 juillet 1905.

Hauteur de l'utérus : 36 centimètres.

Age de la grossesse : début du neuvième mois.

Dernier rapport : il y a un mois et demi.

Examen des urines pendant la grossesse : le 12 mars 1906 à Baudelocque, pas d'albumine.

Examen des urines pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation, position et variété : premier jumeau, sommet, engagement effectué D. P.; — deuxième jumeau, siège complet, G. T.

Auscultation : (2 foyers) bonne.

Début du travail : le 3 avril, 4 heures du matin.

Dilatation complète : le 3 avril (?)

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète pour les deux.

Durée totale du travail : onze heures.

Accouchée : le 3 avril 2 h. 45 pour le premier; 3 heures pour le deuxième.

Poids des enfants : première jumelle, 2.450 grammes; deuxième jumelle, 2.200 grammes.

Poids du placenta : (unique) 840 grammes

Mensuration des membranes : 33/14.

Température : 36°8. Pouls : 92.

Les deux enfants ont quitté la clinique en bon état.

Observation n° 250. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au commencement du neuvième mois, occasionné par la gémellité.

Sebilla B..., 20 ans, primipare; femme de chambre, s. repose depuis le commencement de sa grossesse et depuis le 2 janvier elle est au dortoir de la Clinique.

Entrée à la salle du travail le 9 février à 6 heures, matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier; *pas d'antécédents gémellaires.* Réglée à 14 ans irrégulièrement.

Date des dernières règles : fin mai 1905.

Hauteur de l'utérus : 44 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : en juillet 1905.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (examinée au dortoir); — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : taille 1 m. 65.

Présentation, position et variété : premier jumeau, sommet, G. A. ; — deuxième jumeau, sommet, G. T.

Auscultation : (2 foyers) bonne.

Début du travail : 9 février, 6 heures du matin.

Dilatation complète : 9 février 8 h. 45 du matin.

Rupture des membranes : spontanée, précoce pour le premier, artificielle pour le deuxième.

Durée totale du travail : 3 h. 25.

Accouchée : le 9 février 9 h. 10 du matin pour le premier et 9 h. 25 pour le deuxième.

Poids : première jumelle 2.550 grammes ; deuxième jumelle 2.470 grammes.

Poids du placenta : pour le premier 620, pour le deuxième 500.

Mensuration des membranes : 35/8.

Remarque. — Deux masses placentaires de même coloration séparées par un pont membraneux ; cloison de séparation de 29 centimètres de hauteur constituée par deux amnioses et deux chorions.

3° Hydramnios

L'abondance anormale du liquide amniotique, l'hydramnios, est difficile à préciser puisqu'on ne sait pas quelle doit être la quantité normale de liquide amniotique pour chaque époque de la grossesse. Il est généralement admis que l'œuf à terme qui contient plus de 1 kilogramme de liquide amniotique est atteint d'hydropisie de l'amnios.

M. Bar, dans sa thèse inaugurale, s'exprime ainsi : « On sait que la plupart des auteurs admettent qu'à terme la quantité normale du liquide amniotique ne dépasse pas 1 kilogramme Cette quantité est du reste très variable non seulement suivant les individus, mais encore selon les diverses époques de la grossesse.

Dans leur *Traité de l'art des accouchements*, MM. Tarnier et Chantreuil disent à ce sujet : « La quantité de liquide amniotique est très variable ; ce liquide est

peu abondant au début de la gestation ; mais à partir du deuxième mois il augmente d'une façon notable. Le poids du fœtus et celui du liquide sont à peu près les mêmes vers le milieu de la grossesse ; mais, à partir de cette époque, le poids du fœtus est plus considérable et devient au terme de la grossesse cinq ou six fois plus grand que celui du liquide amniotique qui ne s'élève guère au-dessus de 500 grammes. »

Ainsi, on peut dire avec Ribemond-Dessaignes « que les eaux de l'amnios augmentent d'une façon absolue jusqu'à la fin de la grossesse, mais que, relativement au fœtus, elles augmentent dans la première moitié et diminuent dans la deuxième période de la gestation. Du reste, au moment de l'accouchement, la quantité du liquide est très variable suivant les sujets. Elle n'est parfois que de quelques grammes ; d'autres fois, au contraire, elle dépasse 1 kilogramme et constitue alors un état pathologique connu sous le nom d'hydramnios. »

Sous l'influence de l'hydropisie de l'amnios, la contractilité de l'utérus peut s'éveiller et déterminer l'accouchement prématuré.

Dans la thèse de M. Barbezieux qui étudie l'hydramnios et l'état de développement du fœtus dans les cas d'hydramnios nous trouvons sur 4.270 accouchements (de 1883 à 1888) 226 hydramnios.

Dans ces 226 cas 76 fois, soit 1,7 0/0, cette exagération du liquide a pu provoquer l'accouchement avant terme.

Dans nos 5.000 observations nous avons vu 152 cas d'hydramnios et sur ces 152 cas 12 ont déterminé l'accouchement prématuré, soit 0, 24 0/0.

Ces 12 cas se répartissent ainsi :

Primipares 8 ; 1 au huitième mois ; 7 au neuvième mois ;

Multipares : 4 au neuvième mois.

Pour les 12 cas que nous avons observés, il y en avait six où se manifestait concurremment la syphilis. Nous aurions donc pu encore réduire de moitié notre moyenne en classant ces six cas parmi ceux dus à la spécificité ; mais nous nous sommes basés sur ce fait que la syphilis est en réalité une cause indirecte puisqu'elle détermine l'hydramnios ; la cause réelle est d'ordre mécanique et non pathologique, puisque c'est la détension par excès de liquide qui provoque l'accouchement prématuré ; nous avons donc cru sage de classer ces quelques cas dans ce chapitre, en nous référant au poids du liquide amniotique. En effet, si nous allons plus loin et si nous examinons le placenta et les enfants dans ces six observations nous trouvons que les fœtus sont morts et macérés avec les signes caractéristiques de la syphilis ; mais dans nos six autres observations où les enfants ne pesaient pas plus de 3.100 grammes le liquide amniotique atteignait presque toujours le poids moyen de 3.000 grammes M. Vallais, sur 1000 observations, a noté 5 fois l'hydropisie de l'amnios suivie de l'accouchement avant terme, soit 0,5 0/0.

En résumé :

1° La fréquence de l'hydropisie de l'amnios comme cause de l'accouchement prématuré est assez rare, puisque, sur 5.000 observations, nous n'avons que 12 cas ayant pu provoquer l'accouchement avant terme.

2° Ces accouchements avant terme se font surtout aux huitième et neuvième mois.

3° Ils sont plus fréquents chez les primipares que chez les multipares.

Observation n° 1043. — Année 1906.

Accouchement prématuré au commencement du neuvième mois, provoqué par l'hydropisie de l'amnios (3.240 grammes de liquide).

Mathilde P..., primipare, 19 ans 1/2, coupeuse, travaille debout, se repose depuis un mois.

Entrée à la salle de travail : 17 juin 5 heures du soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 13 ans régulièrement.

P. R. : 18 ans.

Date des dernières règles : du 6 au 11 octobre 1905.

Hauteur de l'utérus : 41 centimètres.

Age de la grossesse : début du neuvième mois.

Dernier rapport : novembre 1905.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (Baudelocque, 12 juin 1906) ; — pendant l'accouchement, pas d'albumine.

Examen général : légères traces de rachitisme; tibia arqué; parenthèse fémorale.

Présentation : extrémité céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : (?).

Auscultation : bonne.

Début du travail : 17 juin, 5 heures du soir.

Dilatation complète : 18 juin, 11 heures du soir.

Rupture des membranes : artificielle avant la dilatation complète le 18 juin à 10 heures matin.

Liquide amniotique : opalescent (excès).

Accouchée le 19 juin, minuit 10.

Poids de l'enfant : 3.200 grammes.

Poids du placenta : 580 grammes.

Mensuration des membranes : 43/5.

Cordon : 32 centimètres.

Remarques. — Primipare, hospitalisée au Refuge de l'avenue du Maine depuis le 26 mai.

M. Pinard l'examine; il porte le diagnostic d'hydramnios et lui conseille d'entrer à la clinique. Elle est admise le 12 juin et soumise au régime lacté ; le 17 juin à 5 heures du soir apparition des premières contractions utérines douloureuses ; la femme est amenée à la salle de travail où on fait les constatations suivantes :

Hauteur de l'utérus : 41 centimètres.

Palper impossible.

Bruits du cœur : bons.

Dilatation : de 2 francs.

Poche des eaux : volumineuse.

Présentation : extrémité céphalique orientée en G. T. (18 juin, 2 heures matin).

18 juin, 7 heures matin : dilatation de 5 francs ; contractions utérines espacées.

10 heures matin : dilatation de 5 francs ; rupture artificielle des membranes ; 3.240 grammes de liquide recueilli.

19 juin, minuit 10 : dilatation complète ; expulsion d'un enfant vivant pesant 3.200 grammes et présentant un abdomen volumineux.

Observation n° 1028. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au commencement du neuvième mois, provoqué par l'exagération du liquide amniotique (2840 gr. de liquide recueilli). Présentation de l'épaule et version par manœuvres externes pendant le travail.

Léonarde G.., III-pare, 34 ans, journalière, fait des ménages.

Entrée à la salle de travail le 22 juin 4 h. 45 du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à 17 ans régulièrement.

P.R. 27 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — Novembre 1900 ; présentation du sommet ; accouchement spontané au huitième mois ; fille morte trois jours après ; poids de l'enfant 2000 grammes. R. de C. quatre mois après l'accouchement.

II. — 13 janvier 1903 ; accouchée à Baudelocque (observation n° 76) présentation du sommet ; accouchement spontané et à terme ; garçon pesant 3.480 grammes, placenta 670 grammes ; élevé au sein maternel jusqu'à 25 mois ; bouillie à partir du sixième mois ; première dent septième mois ; premier pas à 15 mois. Vivant. R de C. onze mois après l'accouchement.

Même père pour les 3 enfants.

Grossesse actuelle :

Date des dernières règles : du 27 septembre au 2 août 1905.

Hauteur de l'utérus : (?).

Age de la grossesse ; neuvième mois.

Dernier rapport : il y a un mois.

Examen des urines pendant la grossesse : n'a pas consulté ; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : plan latéral.

Position et variété (?).

Auscultation : bonne.

Début du travail : 22 juin 2 heures du soir.

Dilatation complète : 22 juin 6 h. 25 du soir.

Rupture des membranes : artificielle avant la dilatation complète 22 juin 5 heures du soir.

Liquide amniotique : *opalescent* (*excès*) 2.840 *grammes.*

Accouchée : le 22 juin 6 h. 30 du soir.

Durée totale du travail : 3 h. 30.

Enfant pesant : 3.200 grammes.

Placenta : 550 grammes.

Mensuration des membranes : 47/18.

Remarques. — Cette femme n'a jamais consulté pendant sa grossesse ; à l'entrée on fait les constatations suivantes : utérus exagérément tendu ; par le palper on constate que le fœtus se présente transversalement ; tête dans la fosse iliaque gauche ; siège dans le flanc droit ; fluctuation nette ; bruits du cœur, bons, perçus au-dessus de l'ombilic ; poche des eaux volumineuse au travers de laquelle on ne sent aucune partie fœtale. On fait la version céphalique par manœuvres externes ; rupture artificielle des membranes pendant qu'un aide maintient la tête au détroit supérieur ; on recueille 2.840 grammes de liquide amniotique ; après l'écoulement du liquide la tête appuie franchement sur l'orifice ; à 6 h. 25 dilatation complète ; expulsion d'un enfant vivant.

Observation n° 690. — Année 1906.

Accouchement prématuré au commencement du neuvième mois par hydropisie de l'amnios (Liquide recueilli 2.800 grammes).

Jeanne B..., âgée de 25 ans, primipare, modiste, se fatigue peu.

Entrée à la salle de travail le 17 avril 8 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 16 ans 1/2, régulièrement.

P. R. : 24 ans.

Date des dernières règles : du 20 au 26 juillet 1905.

Hauteur de l'utérus : 40 centimètres.

Dernier rapport : il y a quinze jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine. (Clinique Baudelocque, mars). Pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Tension de la paroi : exagérée.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : G. T.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 17 avril 5 heures matin.

Rupture des membranes : artificielle avant la dilatation complète, 17 avril 6 heures soir.

Dilatation complète : 18 avril minuit 25.

Accouchée : le 18 avril 1 heure du matin.

Durée totale du travail : 20 h. 30.

Enfant : 3.150 grammes.

Placenta : 550 grammes.

Mensuration des membranes : (?) dissociées, déchirées paraissant complètes.

Liquide amniotique opalescent : 2.800 *grammes*.

Température 37°2. Pouls : 76.

Observation n° 1552. — Année 1904.

Accouchement prématuré au huitième mois par excès de liquide amniotique (2.400 grammes de liquide recueilli).

Augustine T..., primipare, 17 ans, femme de chambre, se repose depuis le 12 septembre 1904 (du 12 septembre au 30 septembre, elle a été à l'asile Sainte-Madeleine, qu'elle quitte le 30 octobre parce qu'elle devait s'y livrer à des occupations fatigantes).

Elle rentre à la clinique Baudelocque, le 2 octobre, au dortoir

Entrée à la salle de travail : le 6 novembre, 8 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier (sauf rougeole dans l'enfance, scarlatine à 9 ans) ; réglée à 13 ans, régulièrement.

Date des dernières règles : du 10 au 12 mars.

Hauteur de l'utérus : 37 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : 19 août.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (au dortoir); — pendant l'accouchement, pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Tension de la paroi : exagérée.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : Dos à gauche.

Auscultation : bonne.

Début du travail 6 novembre à 1 heure matin.

Rupture des membranes : artificielle, à la dilatation complète 6 novembre, midi 25.

Liquide amniotique opalescent, abondant, 2.400 grammes.

Accouchée : le 6 novembre, midi 45.

Durée totale du travail : 11 h. 25.

Poids de l'enfant : 2.180 grammes (état physique : débile).

Poids du placenta : 450 grammes.

Mensuration des membranes : 33/13.

Température : 37°2. Pouls : 104.

Remarque. — Interrogée au point de vue spécifique, la femme donne des réponses négatives ; n'a pas présenté de troubles fonctionnels avant son accouchement.

4° Insertion vélamenteuse du cordon

Dans l'immense majorité des cas le cordon s'insère directement sur le placenta ; plus rarement il se dissocie sur les membranes avant de l'atteindre ; cette dernière disposition a reçu le nom d'insertion vélamenteuse. Nous n'insistons pas sur l'étiologie de l'insertion vélamenteuse puisque d'autres avant nous l'ont étudiée. Nous montrerons seulement dans quelles proportions elle est capable d'interrompre la grossesse du 7e au 9e mois.

Voici un aperçu de sa fréquence (thèse de Paris ; Lefèvre, 1896) :

Sur 502 accouchements Sickel l'a observée seulement 3 fois, c'est-à-dire à peu près 1 fois sur 160 cas. Cornelius Van Solingen, d'après Huter, en a relevé 8 cas sur 1.000 observations, soit 1 sur 125 cas.

Chiari, Braun et Spaeth sont arrivés à la proposition de 4 0/0 à la maternité de Vienne, ce qui fait 1 sur 250 cas.

Valenta, au dire d'Halliday Croom, a vu 21 inser-

tions vélamenteuses sur 2.471 observations d'où la proportion de 1 sur 118 cas.

Halliday Croom lui-même donne comme moyenne 4 sur 1.000 ou 1 sur 250.

Sur 7.158 observations recueillies à la maternité de Marseille de 1840 à 1882, Hugues a noté 48 cas, ce qui fait 1 sur 149.

M. Lefèvre lui-même dans 15.894 observations prises dans le service de M. Pinard à l'hôpital Lariboisière et à la clinique Baudelocque en a compté 133. Il arrive ainsi à une proportion moindre de 1 0/0.

A notre tour, sur 5.000 observations prises à la clinique Baudelocque, nous avons noté 25 fois l'insertion vélamenteuse du cordon, soit 1 fois sur 200 accouchements. De ces 25 cas, 15 peuvent être incriminés comme ayant pu provoquer l'accouchement avant terme.

Ils se répartissent ainsi :

8 primipares dont : 1 au 8e mois ; 7 au 9e mois.

7 multipares au 9e mois.

M. Vallais dans sa thèse : *Contribution à l'étude des causes de l'accouchemeut prématuré,* n'en fait pas mention. Cependant si l'insertion vélamenteuse du cordon est rare, il nen est pas moins vrai que, lorsqu'elle existe, elle détermine l'accouchement prématuré dans la proportion considérable de 3/5.

Nous concluons donc en disant que :

1° L'insertion vélamenteuse est rare puisqu'on trouve 0,50 pour 100 ou 1 pour 200.

2° Quand elle existe, l'accouchement prématuré est très fréquent et se fait dans la proportion de 60 0/0.

Observation nº 1273. — Année 1905.

Accouchement prématuré, au neuvième mois, provoqué par l'insertion vélamenteuse du cordon

X..., 22 ans, primipare, infirmière à la clinique Baudelocque.

Entrée à la salle de travail le 21 août 11 heures du soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 11 ans 1/2 tous les quinze jours et durant six jours.

Date des dernières règles : du 22 au 27 novembre 1904.

Hauteur de l'utérus : 34 centimètres.

Age de la grossesse : fin du neuvième mois.

Dernier rapport : il y a cinq mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 21 août 11 heures soir.

Dilatation complète : 22 août 5 heures soir.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 22 août 5 h. 30 du soir.

Durée totale du travail : 18 h. 30.

Enfant pesant 3.520 grammes.

Placenta : 760 grammes.

Membranes : 37/10.

Insertion vélamenteuse du cordon ; trois vaisseaux erratiques.

Mensuration du cordon : 63 centimètres, 2 circulaires autour du cou.

Température : 37°. Pouls : 76.

Cette femme a eu une légère perte sanguine vers le deuxième mois de sa grossesse ayant duré quelques heures.

Observation nº 741. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au commencement du neuvième mois, par insertion vélamenteuse du cordon.

Fernande L..., 25 ans, II-pare, couturière, n'a fait que son ménage pendant sa grossesse.

Entrée à la salle de travail le 27 avril 10 heures matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 13 ans régulièrement.

Premier rapport : 19 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — Septembre 1901, chez elle ; accouchement spontané au huitième mois; présentation du sommet ; sein maternel pendant six mois ; sein et bouillie ensuite ; morte à 10 mois d'entérite (juillet) ; pas de règles pendant l'allaitement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 6 au 14 août.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : 1 mois 1/2 avant l'accouchement.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (Baudelocque, 26 mars); — pendant l'accouchement: pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 27 avril 9 heures matin.

Dilatation complète : 27 avril 11 heures matin.

Rupture des membranes : prématurée 27 avril 7 heures matin.

Accouchée : le 27 avril 11 h. 45 du matin.

Durée totale du travail : 2 h. 45.

Poids de l'enfant : 2.900 grammes.

Poids du placenta 510 grammes.

Mensuration des membranes 34/9.

Insertion vélamenteuse du cordon au niveau du bord latéral inférieur.

Longueur du cordon : 62 centimètres.

Remarque. — La rupture des membranes a eu lieu prématurément deux heures avant le début du travail.

Cette observation nous montre la marche d'un accouchement où il y a insertion vélamenteuse du cordon.

Observation n° 357. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au huitième mois, causé par insertion vélamenteuse du cordon. Rupture prématurée des membranes.

Marie M..., 18 ans, primipare, couturière, fait son ménage, se fatigue peu.

Entrée à la salle du travail le 24 février 1 heure soir.

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 14 ans régulièrement.

Premier rapport : 17 ans.

Dernières règles : du 26 au 29 juin 1905.

Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : il y a cinq mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 25 février 10 heures du matin.

Dilatation complète : 25 février 4 h. 15 du soir.

Rupture des membranes : spontanée, prématurée le 24 février, 7 heures du matin.

Accouchée : le 25 février 4 h. 45 du soir.

Durée totale du travail : 6 h. 45.

Poids de l'enfant : 2.300 grammes.

Poids du placenta : 450 grammes.

Mensuration des membranes : 28/8.

Insertion du cordon sur la partie latérale à 2 cm. 1/2 du bord placentaire; à partir de l'insertion, des vaisseaux divergent et se rendent par un trajet curviligne au bord placentaire; ils restent à distance de l'orifice de sortie du fœtus. Le cordon est adhérent aux membranes dans l'étendue de 1 centimètre et la partie voisine de sa portion libre est relié aux membranes par un petit méso ; pas d'adhérence dans la caduque.

Observation n° 1083. — Année 1905.

Accouchement prématuré, au cours du neuvième mois, causé par l'insertion vélamenteuse du cordon ; femme arrivée à la dilatation complète.

Marie G... III-pare, 33 ans, cuisinière chez des commerçants, se repose depuis quinze jours.

Entrée à la salle de travail le 16 juillet 1905 à midi 44.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, réglée à 16 ans régulièrement.

Premier rapport: 30 ans (pas de fibrome accessible).

Grossesses et accouchements antérieurs :

I.— Décembre 1903 à l'hôpital de la Pitié; accouchement spontané et à terme; présentation du sommet ; garçon ; sein maternel : six mois, puis biberon par la mère jusqu'à 1 an; vivant. Réapparition des règles après l'allaitement.

II. — Août 1904, avortement de 2 mois à la maternité.

Grossesse actuelle :

Date des dernières règles : du 15 au 20 octobre 1904.

Hauteur de l'utérus : 33 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a trois semaines.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (consultation Baudelocque 12 juillet); — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété (?).

Auscultation : bonne.

Début du travail : 16 juillet à 9 heures du matin.

Dilatation complète (?).

Accouchée : le 16 juillet à midi 50.

Durée totale du travail : 3 h. 50.

Poids de l'enfant : 3.250 grammes.

Poids du placenta : 580 grammes.

Mensuration des membranes 37/5.

Longueur du cordon : 60 centimètres.

Remarque. — *Be cordon s'insère sur les membranes à 4 centimètres du bord inférieur du placenta* ; *de son insertion partent 3 vaisseaux* ; deux regagnent directement le bord inférieur du placenta ; le troisième suit un trajet récurrent, contourne la moitié de l'orifice de sortie du fœtus qu'il borde immédiatement, remonte dans les membranes et gagne le bord placentaire latéral. Cette femme a eu au deuxième mois de sa grossesse une légère perte san-guine.

CHAPITRE VI

Maladie de la caduque.

(*Endométrite*)

L'interruption de la grossesse est une éventualité très fréquente au cours de l'endométrite.

Les auteurs anciens, tels que Mauriceau, Baudelocque, Mme Lachapelle, n'insistent pas sur l'effet néfaste de l'endométrite dans l'évolution de la grossesse.

Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, nous ne voulons pas traiter l'étiologie de cette cause ; nous laissons à d'autres l'étude de cette affection éminemment intéressante.

Pour déceler l'endométrite parmi nos 5.000 observations nous nous sommes basé, selon les idées de notre maître M. Pinard, sur :

1° L'épaississement et la vascularisation de la caduque ;

2° L'existence de foyers hémorrhagiques sous-choriaux ;

3° Sur l'aspect du placenta dont les bords sont très épais, taillés à pic, donnant à ce placenta l'aspect d'un châteaubriand, selon l'expression si heureuse de notre maître ;

4° La rétrocession des insertions membraneuses de la périphérie vers le centre placentaire avec dépôt périphérique de fibrine donnant au placenta l'aspect bordé.

Nous avons relevé dans nos observations 173 cas d'endométrite ayant pu déterminer l'accouchement prématuré. Ils se répartissent ainsi :

Primipares : 79 dont 5 au 7e mois ; 16 au 8e mois ; 58 au 9e mois.

Multipares : 94 dont 8 au 7e mois ; 14 au 8e mois ; 72 au 9e mois. Soit une proportion de 3,46 pour 100 accouchements, ou 1 fois sur 28 accouchements. On rencontre l'endométrite 1 fois sur 9 accouchements avant terme ou 10,71 0/0 comme ayant pu déterminer l'accouchement prématuré.

N'ayant pu trouver d'autres statistiques pour confirmer ou infirmer la nôtre, nous nous baserons sur cette dernière pour conclure que :

1° L'accouchement prématuré causé par l'endométrite est bien plus fréquent qu'on ne le signale généralement, puisque nous l'avons noté 1 fois pour 28 parturientes et 1 fois sur 9 accouchements prématurés.

2e L'endométrite est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares ;

3e Elle détermine l'accouchement prématuré le plus souvent au huitième et au neuvième mois.

Observation n° 631. — Année 1904.

Accouchement prématuré causé par l'endométrite au commencement du neuvième mois.

Angélique E..., 36 ans, multipare, huitième grossesse, ménagère, se repose depuis un mois.

Entrée à la salle de travail le 14 mai 1904.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier.

Réglée à 16 ans 1/2 régulièrement.

Leucorrhée très abondante depuis trois mois.

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — En 1887, chez elle ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; fille ; sein maternel quatre mois ; puis biberon par nourrice connue de la mère ; bien portante. R. de C.?

II. — En 1892 à Saint-Louis ; présentation du sommet ; accouchement spontané à terme ; garçon ; sein maternel vingt jours, puis biberon par la grand'mère ; mort à 5 mois 1/2 de gastro-entérite (septembre). R. de C. six semaines après l'accouchement.

III. — En 1893 à la clinique Baudelocque (observat. n° 800) ; présentation du sommet ; accouchement spontané à terme ; fille ; sein maternel treize mois ; bien portante ; pas de règles pendant l'allaitement.

IV. — En 1895, à la clinique Baudelocque au mois de septembre ; pésentation du sommet ; accouchement spontané et à terme ; garçon pesant 3.620 grammes ; sein maternel pendant un an ; R. de C. dix mois après.

V. — En 1897, le 8 août chez elle ; présentation du sommet ; accouchement spontané à terme ; fille ; sein maternel un an ; bien portante ; R. de C. huit mois après.

VI. — En 1900, au mois de mars, chez elle ; présentation du sommet ; accouchement spontané à terme ; garçon ; sein maternel

sept mois ; puis allaitement mixte ; bien portant. R. de C. trois mois après l'accouchement.

VII. — En 1901, à la clinique Baudelocque (observat. 2178) ; présentation du sommet ; accouchement spontané à terme ; garçon pesant 3.730 grammes, placenta pesant 600 grammes ; sein maternel un an ; bien portant ; R. de C. (?)

Grossesse actuelle.

Date des dernières règles : du 1er au 6 septembre 1903.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : il y a un mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 14 mai 1 heure du matin.

Dilatation complète : 9 h. 40 du soir.

Rupture des membranes : spontanée à la dilatation complète.

Durée totale du travail : 20 h. 3/4.

Accouchée : le 14 mai 9 h. 3/4 du soir.

Poids de l'enfant : 2.950 grammes.

Poids du placenta : 380 grammes.

Membranes : 28/10. Pouls : 76. Température : 37°1.

Remarque. — *La caduque est très épaissie, le placenta a l'aspect d'un châteaubriand.*

Observation nº 901. — Année 1905.

Accouchement prématuré, au neuvième mois, causé par l'endométrite.

Andrée J..., 26 ans, II-pare, fleuriste, travaille assise ; se repose depuis cinq mois.

Entrée à la salle de travail le 16 juin 1905 à 2 h. 30 du matin.

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier.

Réglée à 16 ans 1/2 régulièrement ; durée quinze jours.

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — Janvier 1901, accouchée chez elle ; présentation du sommet ; accouchement spontané et à terme ; garçon ; vivant ; élevé au biberon par la mère pendant dix mois. R. de C. trois mois après l'accouchement.

Grossesse actuelle.

Date des dernières règles : du 23 au 30 septembre 1904.

Hauteur de l'utérus: 32 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a un mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine (consultation Baudelocque, février, mai, juin) ; — pendant l'accouchement: pas d'albumine.

Examen général: rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et Variété : G-A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 15 juin à 1 heure du soir.

Dilatation complète : 16 juin à ?

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Accouchée : le 16 juin 2 h. 50 du matin.

Durée totale du travail : 13 h. 50.

Poids de l'enfant : 3.180 grammes.

Poids du placenta : 550 grammes.

Membranes : 28/11.

Température 36°8. Pouls 80.

Remarque. — *Le placenta est châteaubriand; la caduque est épaissie.*

Observation n° 1780. — Année 1905 *(personnelle).*

Accouchement prématuré, au neuvième mois, occasionné par l'endométrite.

Juliette X..., 22 ans, primipare, domestique dans une maison bourgeoise.

Entrée à la salle de travail le 2 décembre 1905.

Antécédents, héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, *sauf leucorrhée depuis son premier rapport.*

Réglée à 12 ans régulièrement.

Premier rapport : à 20 ans.

Date des dernières règles : du 24 au 28 mars 1905.

Hauteur de l'utérus : 29 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a trois mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine; — pendant l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 2 décembre 1 heure du soir.

Dilatation complète : 2 décembre à 9 h. 40 du soir.

Rupture des membranes : précoce le 2 décembre à 3 heures du soir.

Durée totale du travail : neuf heures.

Accouchée : le 2 décembre, 10 heures soir.

Poids de l'enfant : 2.100 grammes.

Poids du placenta : 400 grammes.

Membranes : 34/11.

Température 37° Pouls 84.

Remarque. — *Au voisinage de l'ouverture des membranes la caduque présente un épaississement anormal ; elle est vascularisée et infiltrée par un épanchement de sang noir ; placenta bordé et châteaubriand.*

Observation n° 533. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au huitième mois, causé par endométrite.

Pauline D..., 23 ans, II-pare, coupeuse en chaussures, travaille debout, se repose depuis six mois.

Entrée à la salle de travail le 25 mars 10 heures soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, réglée à 13 ans régulièrement.

Premier rapport. : 18 ans.

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — Avortement de trois mois (selon les dires de la femme : chute?). R. de C. cinq semaines après l'avortement.

Grossesse actuelle:

Dernières règles : du 24 au 28 juillet 1905.

Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : 5 mars 1906 (pertes de sang au mois de septembre, au mois de novembre qui ont duré dix jours).

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — pendant l'accouchement : traces d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 25 mars, 6 heures du matin.

Dilatation complète : 25 mars 11 h. 20 du matin.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Accouchée : le 25 mars 11 h. 30 du matin.

Durée totale du travail : 5 h. 30.

Enfant pesant : 2.000 grammes.

Placenta : 400 grammes. Dépôt fibrineux très abondant.

Mensuration des membranes. 31/12.

Caduque : très épaissie.

CHAPITRE VII

Malformations utérines et fibromyomes

I. — Malformations utérines.

Dans la majorité des cas les malformations utérines déterminent l'accouchement prématuré.

Nous n'entreprendrons pas, bien entendu, l'étude de la physionomie de l'accouchement dans les malformations de l'utérus, ni son étiologie ; nous nous contenterons de montrer la fréquence de ces malformations et dans quelle proportion elles déterminent l'accouchement avant terme.

M. Brion, sur un ensemble de 17.000 accouchements, a vu 7 cas de malformations utérines qui ont déterminé autant d'avortements.

M. Tessard (thèse 1902-1903), sur 2.340 accouchements, cite un cas de malformation, qui d'ailleurs a provoqué l'accouchement à 7 mois.

M. Vallais dont la thèse traite les causes de l'accouchement prématuré, ne cite pas un cas.

Sur 5.000 observations nous avons nous-même noté 11 malformations qui toutes ont déterminé l'accouchement avant terme.

Elles se répartissent ainsi :

4 primipares dont : 2 au 8e mois ; 2 au 9e.

7 multipares dont : 1 au 7e mois ; 1 au 8e ; 5 au 9e.

N'ayant pu trouver d'autres statistiques, nous conclurons, en nous basant simplement sur nos chiffres :

1° Que la malformation utérine est assez rare puisqu'on ne la rencontre que 1 fois sur 454 grossesses ;

2° Au contraire, l'accouchement prématuré dans les malformations utérines est excessivement fréquent, puisque 11 malformations ont donné 11 accouchements prématurés, soit 100/100 ;

3° D'autre part, nous l'invoquerons 1 fois sur 230 accouchements prématurés (0,43 0/0 comme cause de l'accouchement avant terme).

Observation n° 881. — Année 1904.

Accouchement prématuré au septième mois causé par la malformation utérine.

Madeleine B..., 22 ans, primipare, cuisinière.

Entrée à la salle de travail le 12 juillet minuit 25.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier (bon casier ancestral, huit frères et sœurs bien portants).

Réglée à 16 ans, irrégulièrement.

Date des dernières règles : du 1er au 4 décembre 1903 (beaucoup moins que d'habitude).

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Age de la grossesse : 7 mois (?).

Dernier rapport : il y a trois semaines.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 11 juillet 10 heures soir.

Dilatation complète : 12 juillet 5 h. 1/2 matin.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Accouchée : le 12 juillet 5 h. 50 du matin.

Durée totale du travail : 7 h. 50.

Poids de l'enfant : 2.200 grammes.

Poids du placenta 480 (*réniforme*).

Mensuration des membranes : 24/16.

Température : 37°. Pouls : 72.

Remarque. — *La forme du placenta nous montre qu'il y a malformation utérine et que par conséquent l'accouchement est occasionné par cette malformation.*

Observation n° 69. — Année 1905.

Accouchement prématuré au septième mois. Double utérus. Vagin cloisonné.

Anna Y..., 24 ans, primipare, cuisinière, se repose depuis trois mois.

Entrée à la salle de travail le 15 janvier à 1 heure du soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 14 ans, régulièrement.

Dernières règles : du 29 juin au 6 juillet 1904.

Hauteur de l'utérus : 25 centimètres.

Dernier rapport : il y a deux mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : céphalique.

Engagement (?).

Position et variété (?).

Auscultation : bonne.

Début du travail : 14 janvier 10 heures matin.

Dilatation complète : 15 janvier 8 h. 15 du soir.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 15 janvier 9 heures du soir.

Durée totale du travail : 35 heures.

Poids de l'enfant : 1.270 grammes.

Poids du placenta : 320 grammes.

Mensuration des membranes 26/8.

Température : 37°4. Pouls : 88.

Remarque. — Cette femme a eu une légère perte de sang noirâtre le 15 septembre 1904 qui dura vingt-quatre heures et s'arrêta spontanément.

Vers le 10 novembre nouvelle perte de sang et de quelques petits caillots qui persistent jusqu'à son entrée à la Clinique ; le 22 novembre cette perte a été très abondante ; pendant les premiers jours, elle s'accompagnait de contractions utérines douloureuses. Ensuite cette femme ne perd que de l'eau rousse pendant quinze jours environ et a des pertes blanches abondantes accompagnées de douleurs persistantes intenses au niveau des fosses iliaques, surtout du côté gauche.

Pendant le séjour au dortoir douleur intense et continue dans le ventre et les reins ; les pertes de sang ont cessé quel-

ques jours après l'entrée et ont été remplacées par des écoulements d'eau rousse et des pertes blanches.

Le 29 *novembre.* — Les bruits du cœur fœtal s ont perçus ; on constate un *vagin double* et deux *cols.*

Le fonds de l'utérus est à 18 centimètres au-dessus du pubis.

Le 14 *janvier*, 10 heures matin. — Les contractions utérines sont régulières et apparaissent tous les quarts d'heure.

Le 25 *janvier*, 4 heures soir. — Le chef de Clinique examine la parturiente ; l'utérus gravide situé à gauche s'élève à 25 centimètres au-dessus du pubis. L'utérus non gravide dépasse le pubis de 14 centimètres, se contracte en même temps que l'utérus gravide. Les deux utérus sont nettement séparés.

A l'auscultation on perçoit des bruits du cœur sourdre à gauche.

Au toucher l'orifice utérin de gauche est dilaté comme 5 francs ; les membranes sont intactes ; le fœtus se présente par le sommet ; l'orifice utérin de droite difficilement accessible est perméable et complètement effacé.

A 9 heures du soir rupture des membranes à la dilatation complète et expulsion d'un fœtus vivant ; mort du fœtus sept heures après.

Le 26 *janvier*, jour de son départ, M. Pinard examine cette femme. A l'inspection, en écartant les grandes et les petites lèvres, on voit nettement la béance plus grande du vagin gauche, lequel a été traversé par le fœtus.

Au toucher en introduisant deux doigts le col gauche est plus gros que le col droit.

Observation nº 721. Année 1906.

Accouchement prématuré au neuvième mois ; malformation

utérine; présentation du siège décomplété mode des fesseses orientée en D. A.

Antoinette J.... 24 ans, II-pare, fait des ménages, se repose depuis un mois.

Entrée à la salle de travail, le 24 avril 6 h. 40 du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier (bon casier ancestral, huit frères et sœurs vivants) ; réglée à 14 ans irrégulièrement.

P. R. : à 22 ans.

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — 26 janvier 1905, chez elle ; fille ; accouchement spontané et à terme ; présentation du siège ; sein maternel quinze jours ; biberon par la mère quinze jours. Seins par une nourrice connue de la mère deux mois et demi ; morte à 3 mois 1/2. R. de C. un mois après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 8 au 12 août 1905.

Hauteur de l'utérus : *26 centimètres sur la ligne médiane et 31 centimètres dans la partie droite.*

Age de la grossesse : neuvième mois.

D ernier rapport : 20 avril.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : *Corne utérine droite plus développée que la gauche.*

Présentation : du siège.

Engagement : qui s'effectue.

Position et variété : D A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 24 avril 3 heures du matin.

Dilatation complète : 6 h. 40 du matin.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 24 avril à 6 h. 50 du matin.

Durée totale du travail : 3 h. 50.

Poids de l'enfant : 2.700 grammes.

Poids du placenta : 450 grammes.

Membranes : 5 6/8. *Diverticules très profonds sur le grand côté des membranes.*

Température : 37°2. Pouls : 88.

Observation n° 867. — Année 1906.

Accouchement prématuré, au neuvième mois, causé par malformation utérine.

Marguerite R..., 17 ans, couturière, entre à la salle du travail le 17 mai 10 heures soir.

Antécédents héréditaires et physiologiques. — Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à 8 ans, scarlatine à 10 ans, réglée à 15 ans régulièrement.

Premier rapport : 16 ans.

Dernières règles : du 22 au 25 août 1905.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a sept mois.

Examen des urines pendant la grossesse: pas d'albumine ; — au moment de l'accouchement: pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Présentation : sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Début du travail 17 mai 7 heures du soir.

Dilatation complète : 18 mai 4 h. 45 matin.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 18 mai 5 h. 50 du matin.

Durée totale du travail : 10 h. 5'.

Poids de l'enfant : 2.150 grammes.

Poids du placenta : 340 grammes.

Mensuration des membranes : 40/12 (*Diverticules profonds des membranes au niveau desquelles la caduque est épaissie ; vaisseaux nombreux sur les membranes au niveau de l'orifice de sortie de l'enfant.*

Remarque. — *Au palper, fond de l'utérus large et ouvert par une encoche en deux cornes inégales, la droite beaucoup plus développée.*

2° Fibromes

L'influence des tumeurs fibreuses sur la grossesse est variable. En général, les petits fibromes siégeant dans l'utérus ne gênent nullement la marche, le développement de la gestation et ne donnent lieu à aucun symptôme particulier au cours de la grossesse.

Très souvent, ce n'est que lorsqu'on examine la femme, vers la fin de la grossesse, et surtout au cours du travail, que l'on perçoit l'existence de ces petites tumeurs qui apparaissent très nettement au palper lorsque l'utérus se contracte ; mais il n'en est pas toujours ainsi et dans quelques cas la gestation peut être interrompue, soit dans les premiers mois de la grossesse, soit à une époque plus rapprochée du terme.

Encore le fibrome n'agit-il dans ce sens qu'exceptionnellement seul. Il peut déterminer l'insertion vicieuse du placenta et c'est celle-ci qui devient la cause réelle de l'accouchement prématuré. D'autre part, la femme atteinte de fibrome est soumise comme toute autre au traumatisme sexuel et à la fatigue professionnelle.

Pour qu'un fibrome utérin puisse provoquer l'accouchement prématuré, il faut qu'il soit d'un volume assez gros. Quoique les petits fibromes soient bien fréquents chez les femmes âgées et non fertilisées, jusqu'à l'âge de 28 ans, ils ne gênent nullement par leur présence le développement du fœtus.

M. Meheut (thèse, Paris, 1902) sur 1.3814 observations nota 85 grossesses compliquées de fibromes. Sur ces 85 grossesses, 30 fois l'accouchement eut lieu avant terme, soit :

24 primipares dont : 2 au 7e mois ; 5 au 8e mois ; 16 au 9e mois.

6 multipares dont : 5 au 8e mois ; 1 au 9e mois.

Ce qui donne une proportion de 35,41 accouchements prématurés pour 100 grossesses accompagnées de fibromes utérins.

M. Lefour (thèse d'agrégation) sur 227 cas de grossesses compliquées de fibromes a noté 23 accouchements prématurés, soit 10,15 pour 100.

Nous-mêmes sur 5.000 accouchements avons noté 68 grossesses compliquées de fibromes utérins dont :

44 primipares ayant plus de 30 ans.

8 primipares ayant moins de 30 ans.

16 multipares âgées de plus de 30 ans.

ayant été fécondées après vingt-cinq ans pour la première fois.

De ces 68 femmes 8 ont accouché prématurément dont :

5 primipares : 1 au 8e mois ; 4 au 9e mois.

3 multipares au 9e mois.

Pour 100 grossesses accompagnées de fibromes utérins nous trouverons donc 11,76 fois l'accouchement avant terme ou 1 fois sur 8.

Sur 100 accouchements tels qu'ils se présentent sans distinction d'âge, nous pouvons dire qu'on rencontre 0,16 utérus fibromateux, autrement dit 1 sur 625 grossesses.

Nous ferons remarquer en outre que ces utérus fibromateux se montrent presque toujours chez les femmes n'ayant pas été fécondées jusqu'à l'âge de 28 à 30 ans.

Observation n° 784. — Année 1904.

Accouchement prématuré au commencement du neuvième mois ; fibrome pédiculé et mobile de la grosseur d'une orange sur le fond de l'utérus.

Mathilde B..., 43 ans, III pare, couturière, se repose depuis quinze jours.

Entrée à la salle de travail le 23 juin 4 h. 30 matin.

Antécédents héréditaires et physiologiques. — Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à sept ans ; fièvre typhoïde à 8 et à 28 ans ; bronchite, trois mois avant l'accouchement.

Réglée à 16 ans 1/2, régulièrement.

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — 27 août 1899 à Baudelocque (*on reconnaît la présence d'un fibrome sur le fond de l'utérus*), application du forceps et délivrance artificielle ; garçon bien portant ; R. de C. 3 mois après l'accouchement.

II. — 10 octobre 1901, Baudelocque ; accouchement spontané, à terme ? présentation du sommet ; fille nourrie au sein exclusivement par la mère ; morte à 6 mois 1/2 de coqueluche (broncho-pneumonie).

R. de C. six mois après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 8 au 10 octobre 1903.

Hauteur de l'utérus : 35 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : il y a deux mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical : utérus ; *fibrome pédiculé.*

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : G. T.

Auscultation : bonne.

Début du travail : le 23 juin à 3 h. 30 matin.

Dilatation complète : le 23 juin 9 heures matin.

Rupture des membranes : artificielle avant la dilatation complète à 8 h. 45 du matin.

Accouchée : le 23 juin à 9 h. 50 matin.

Durée totale du travail : 6 h. 20.

Poids de l'enfant 3.930 grammes.

Poids du placenta 720 grammes.

Mensuration des membranes 23/19.

Température 37°2. Pouls 74.

Observation n° 1414. — Année 1905.

Accouchement prématuré au neuvième mois ; utérus fibromateux.

Marie D.. , 32 ans, primipare, culottière, se repose depuis deux mois.

Entrée à la salle du travail le 20 septembre à 9 heures matin

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particuler, réglée à 13 ans régulièrement.

Premier rapport : 30 ans.

Date des dernières règles : du 24 au 28 décembre 1904.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport, il y a quinze jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical : *utérus fibromateux ; petit fibrome de la partie gauche.*

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 20 septembre à 4 heures matin.

Dilatation complète : 20 septembre à midi 15.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Accouchée : le 20 septembre à midi 30.

Durée totale du travail : 8 h. 30.

Poids de l'enfant : 2.820 grammes.

Poids du placenta : 390 grammes.

Mensuration des membranes : 32/12.

Pouls : 180. Température : 36°.

Observation n° 1702. Année 1905.

Accouchement prématuré au neuvième mois ; fibrome de la grossseur d'un œuf au tiers supérieur du fond droit de l'utérus. VI^e^ grossesse ; n'a jamais allaité.

Marie A..., 33 ans, passementière, VI-pare, ne s'est pas reposée pendant sa grossesse.

Entrée à la salle de travail le 17 novembre à 6 heures matin.

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à 11 ans irrégulièrement.

P. R. : à 21 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — 1893, chez elle ; accouchement spontané, à terme ! présentation du sommet ; garçon ; vivant ; biberon par la grand-mère onze mois ; R. de C. un mois après l'accouchement.

II. — 1895, chez elle ; accouchement spontané, à terme ? présentation du sommet ; fille ; vivante ; biberon par grand'-mère. R. de C. six semaines après l'accouchement.

III. — 1899. Chez elle ; accouchement spontané à terme ? présentation du sommet ; fille ; biberon par sa grand'mère ; morte à 17 jours (en juillet) de diarrhée enfantile. R. de C. six semaines après l'accouchement.

IV. — 1903 (Baudelocque. Obs. : 1982). Accouchement spontané, à terme ? présentation du sommet ; fille vivante ; biberon

par grand'mère. R. de C. deux mois après l'accouchement.

V. — 1904 (Baudelocque. Obs. : 1616). Accouchement spontané à terme? présentation du sommet; garçon; vivant; biberon par tante. R. de C. six semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 13 au 16 février 1904.

Hauteur de l'utérus : 33 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a treize jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine; au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical : utérus : *fibrome de la grosseur d'un œuf au tiers supérieur du côté droit de l'utérus.*

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 15 novembre 3 heures matin.

Dilatation complète : 18 novembre 7 h. 30 matin.

Rupture des membranes : artificielle, à la dilatation complète.

Accouchée : le 18 novembre à 8 heures matin.

Durée totale du travail : 5 heures.

Poids de l'enfant : 3.220 grammes.

Poids du placenta : 620 grammes.

Mensuration des membranes : 35/11.

Remarque. — L'existence du fibrome a été constatée lors du premier accouchement à Baudelocque (4e grossesse en 1903).

Observation nº 281. — Année 1902.

Accouchement prématuré au neuvième mois ; utérus fibromateux. Rupture prématurée des membranes seize heures avant le début du travail.

Geneviève G..., 38 ans, secondipare, cuisinière, se repose depuis cinq mois.

Entrée à la salle de travail le 13 février 4 h. soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, réglée à 13 ans régulièrement.

Premier rapport : 28 ans.

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — En février 1905 chez elle ; avortement de un mois ; soignée à Baudelocque pendant les suites de couches ; R. de C. cinq semaines après l'avortement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 12 au 15 mai 1905.

Hauteur de l'utérus : 33 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : juin 1905.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine.

Examen au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical : utérus fibromateux (*deux fibromes sur la face antérieure*).

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 13 février 10 heures matin.

Dilatation complète : 13 février 10 heures soir.

Rupture des membranes : spontanée prématurée, 12 février 6 heures soir.

Accouchée : le 13 février 10 h. 40 soir.

Durée totale du travail : 12 h. 40.

Poids de l'enfant : 3.150 grammes.

Poids du placenta : 400 grammes.

Mensuration des membranes : 30/11.

Température : 36°7. Pouls : 88.

Remarque. — Femme admise au dortoir le 16 décembre 1905 ; M. Pinard examine la femme, constate l'existence de deux fibromes sur la partie antéro-latérale de l'utérus et porte un pronostic favorable pour l'accouchement.

CHAPITRE VIII

Causes d'ordre général

I. — *Albuminurie.*

Les anciens auteurs avaient bien remarqué que fréquemment les femmes éclamptiques présentaient de l'œdème mais ils ne connaissaient point la cause de cet œdème.

Blac Kall (1818) le premier indiqua l'existence de l'albumine dans l'urine de quelques femmes enceintes; puis Rayer (1840) s'attacha à préciser les conditions de l'albuminurie.

En 1849 Blot montra que cette albuminurie gravidique était le plus souvent transitoire et disparaissait complètement après l'accouchement.

Enfin en 1873 M. Pinard, alors interne de M. Tarnier, fit voir le résultat qu'on obtient en traitant l'albuminurie gravidique par le régime lacté.

Il faut séparer de l'albuminurie gravidique une variété d'albuminurie quasi physiologique qui existe aussi chez l'homme bien portant et qui survient à la suite d'une

grande fatigue, d'un travail pénible, d'une absorption trop grande d'albumine.

La véritable albuminurie est celle qui apparaît d'une manière persistante au cours de la grossesse et le plus souvent est liée à l'auto-intoxication gravidique.

Sa fréquence est diversement interprétée ; elle a été exagérée par un certain nombre d'auteurs qui faisaient rentrer dans son cadre nombre d'albuminuries ne survenant qu'au moment du travail; c'est cette erreur qui explique la proportion trop élevée donnée par Blot (20 0/0), par Hippolyte, Litzmann, etc...

On ne doit considérer comme albuminurie gravidique que l'albuminurie constatée pendant la grossesse chez une femme dont les urines ne contenaient pas antérieurement d'albumine.

On ne trouve dans ces conditions d'après les dernières statistiques que 5 0/0.

Nous lisons dans Budin et Demelin ce qui suit pour l'albuminurie gravidique :

« L'albuminurie gravidique s'observe en moyenne 1 fois sur 20 grossesses, soit 5 0/0 et 3 fois plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares. »

Dans nos 5.000 observations nous avons trouvé, sur 1.614 accouchements prématurés, 130 femmes chez lesquelles l'albuminurie avait pu franchement provoquer l'accouchement prématuré par suite de la diminution du champ de l'hématose.

Ces 130 albuminuriques se divisent ainsi :

57 primipares dont : 3 au 7e mois; 11 au 8e mois ; 43 au 9e mois ;

73 multipares dont : 7 au 7e mois ; 19 au 8e mois ; 47 au 9e mois.

Dans ces 130 cas d'albuminurie nous trouvons 22 fois le traumatisme sexuel qui se surajoute.

On voit que nos résultats ne sont pas les mêmes au point de vue primiparité et multiparité que ceux montrés par MM. Budin et Demelin.

M. Vallais, dans sa thèse inaugurale sur les causes de l'accouchement prématuré, a trouvé sur 1.000 accouchements 39 cas d'accouchements prématurés causés par l'albuminurie, soit une proportion de 3,9 0/0 et une mortalité immédiate de 25 0/0.

En résumé :

Sur 5.000 accouchements, 130 fois l'albuminurie a déterminé l'accouchement prématuré, soit 2,6 0/0.

D'autre part, sur 1.614 accouchements prématurés, 130 fois, l'albuminurie étant la cause déterminante, nous obtenons une proportion de 8,67 pour 100 accouchements prématurés.

Nous trouvons dans ces 130 cas 25 enfants mort-nés qui se répartissent ainsi :

Primipares 14 dont : 2 au 7e mois ; 6 au 8e mois ; 6 au 9e mois ;

Multipares 11 dont : 4 au 7e mois ; 4 au 8e mois ; 3 au 9e mois.

Aucune de ces femmes n'a été mise au régime lacté pendant la grossesse.

D'après ces données la proportion des enfants mort-nés par albuminurie est donc de 19,23 0/0, tandis que M. Vallais nous montre une mortalité de 25 0/0.

Bien que notre chiffre de mort-nés soit réduit comparativement à ceux de certains auteurs, il n'en est pas moins vrai qu'en général les enfants vivants d'albuminuriques naissent chétifs et de poids faible. Aussi M. Pinard les a-t-il heureusement qualifiés « d'enfants araignées ».

Observation n° 645. — Année 1904.

Accouchement prématuré, au commencement du neuvième mois, par albuminurie.

Louise B..., 22 ans, III-pare, fleuriste, fait son ménage, se repose depuis le début de la grossesse.

Entrée à la salle de travail 19 mai 1904.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier (sauf qu'elle a marché à 15 mois). Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement.

Grossesse et accouchements antérieurs :

I. — Septembre 1901 ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; fille élevée à l'allaitement mixte par sa mère jusqu'au onzième mois ; vivante ; marche à 26 mois ; première dent 8 mois 1/2 ; R. de C. trois mois après l'accouchement.

II. — Avril 1903, avortement de trois mois à l'hôpital Tenon (15 jours auparavant perte de sang).

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 10 au 15 septembre 1903.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : 12 mai.

Examen des urines pendant la grossesse : *albumine (consta-*

tée à son entrée à la consultation le 13 mai); — au moment de l'accouchement : *7 grammes d'albumine.*

Examen général : rien de particulier (examinée au dortoir).

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : G. T.

Début du travail : 19 mai 4 h. 1/2 soir.

Dilatation complète : 20 mai 8 h. 15 soir.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète 10 h. 1/2 du matin.

Accouchée : le 20 mai 8 heures soir.

Durée totale du travail : 28 heures.

Poids de l'enfant : 2.500 grammes.

Poids du placenta : 460 grammes (quelques *infarctus*).

Membranes : 24/9.

Température : 36°8. Pouls : 124.

Remarque. — Cette femme est venue consulter à Baudelocque le 13 mai ; en raison de la grande quantité d'albumine que contenaient ses urines, elle a été admise au dortoir; elle se plaignait de céphalées et de douleurs épigastriques ; elle a été soumise au traitement des albuminuriques (régime lacté et purgatif drastique).

Le 24 mai la femme n'a plus d'albumine et commence à manger.

Le 28 elle quitte la clinique avec son enfant, tous les deux en bonne santé.

Observation n° 1529. — Année 1905.

Accouchement prématuré au commencement du neuvième mois. Albuminurie. Trois accès convulsifs, dits éclamptiques.

Jeanne P..., primipare, 21 ans, brodeuse, travaille assise ; ne s'est pas reposée.

Entrée à la salle de travail le 20 octobre à 5 heures matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier (bon casier ancestral, 5 sœurs et 1 frère vivants) réglée, à 15 ans régulièrement.

Premier rapport : 19 ans.

Date des dernières règles : du 5 au 9 février.

Hauteur de l'utérus : 29 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : il y a douze jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen (le 18 octobre, veille de l'accouchement, examinée à Baudelocque, albuminurie, régime lacté absolu); — au moment de l'accouchement : albuminurie.

Examen général : rien de particulier.

Présentation: du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 19 octobre 9 heures soir.

Dilatation complète : 20 octobre 6 heures matin.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Durée totale du travail : 10 heures.

Accouchée : le 20 octobre 7 heures matin.

Poids de l'enfant: 1.880 grammes.

Poids du placenta: 370 grammes (plusieurs *infarctus*).

Membranes : 30/11.

Remarque. — Cette femme, le 20 octobre, a une première

crise convulsive (choroformisation) ; la femme accuse une céphalée intense, vomit.

20 *octobre*, 2 heures soir. — Mixtion spontanée ; garde-robe minime ; aussitôt après deuxième accès convulsif.

3 heures soir. — Troisième accès. Cyanose, coma pendant un quart d'heure ; température : 37°1. Pouls : 124.

4 heures soir. — La malade est agitée ; émission de garde-robe liquide.

6 heures soir. — On administre une potion de chloral de 4 grammes ; comme boisson eau stérilisée toutes les deux heures.

21 *octobre* matin. — Lavement, garde-robe peu abondante ; puis deuxième lavement purgatif qui ramène beaucoup de garde-robe ; albumine 2 gr. 30.

22 *octobre*. — Urine 1 litre ; albumine 2 gr. 50.

Enfin le 30 octobre, pas d'albumine.

La femme quitte le service le 31 octobre.

Observation n° 143. — Année 1906 (*personnelle*).

Accouchement prématuré au neuvième mois. Albuminurie (3 grammes par litre).

Juliette I..., 18 ans, primipare, journalière, se reposait un mois avant son entrée au Dortoir, le 5 janvier.

Entrée à la salle de travail le 23 janvier 3 heures matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à quinze ans régulièrement.

Premier rapport : à 17 ans.

Dernières règles du 4 au 8 mai 1905.

Dernier rapport : quinze jours avant son entrée au dortoir.

Examen des urines pendant la grossesse : *albuminurie* (examinée à Baudelocque le 4 janvier).

Examen des urines au moment de l'accouchement : *albuminurie.*

Examen général : rien de particulier.

Pésentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 23 janvier 4 heures matin.

Dilatation complète : 23 janvier 10 h. 50 matin.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Durée totale du travail : 7 h. 10.

Accouchée : le 23 janvier à 11 h. 10 matin.

Poids de l'enfant : 3.020 grammes.

Poids du placenta : 560 grammes (quelques *infarctus blancs*).

Mensuration des membranes : 35/11.

Température 37°2. Pouls 87.

Remarque. — Lorsque cette femme est venue consulter à Baudelocque pour la première fois, on constata la présence d'albumine en quantité notable dans les urines.

Cette femme est admise au dortoir, soumise au régime lacté et purgée avec l'eau-de-vie allemande.

A son entrée, le 5 janvier, elle avait 3 grammes d'albumine et n'urinait que 1/2 litre en vingt-quatre heures.

Le 22 janvier, veille de l'accouchement, elle n'avait que 1 gr. 50 d'albumine et urinait 1 litre 1/2.

L'albuminurie a persisté pendant quelque temps après l'accouchement.

Observation n° 1084. — Année 1906.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Albuminurie.

Accès dits éclamptiques. (6 grammes d'albumine par litre).

Gabrielle L..., 22 ans, II-pare, couturière, se repose depuis le début de sa grossesse.

Entrée au dortoir le 7 juin; entrée à la salle de travail le 25 juin à 11 heures du matin.

Antécédents héréditaires et physiologiques.— Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. — Érésypèle à 15 ans.

Réglée à 17 ans.

P. R. : 20 ans 1/2.

Grossesse et accouchement antérieur.

I. — Août 1905, chez elle; avortement de 2 mois.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 23 au 27 septembre 1905.

Hauteur de l'utérus : 26 centimètres.

Age de la grossesse : vers la fin du neuvième mois.

Dernier rapport : 18 jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen jusqu'au 18 juin ; le 10 juin, examinée à Baudelocque, *6 grammes d'albumine* par litre.

Examen des urines au moment de l'accouchement : *albumine.*

Examen général : rien de particulier.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 25 juin 10 heures matin.

Dilatation complète : 26 juin 5 heures matin.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Durée totale du travail : 19 h. 15.

Accouchée : le 26 juin à 5 h. 1/4 du matin.

Poids de l'enfant : 195 grammes.

Poids du placenta : 400 grammes.

Mensuration des membranes : 22/12.

Température 36,8. Pouls 81.

Remarque. — Cette femme a eu depuis le début de sa grossesse des crises de céphalées frontales et des douleurs épigastriques ; apparition de la bouffissure de la face trois semaines avant son entrée dans le service ; quinze jours avant son entrée, maux de tête plus violents ; insomnie complète ; vomissements.

Malgré tout ce cortège symptomatique, la femme ne consulte pas et c'est seulement parce qu'elle ne peut dormir qu'elle vient consulter à la Clinique.

A l'arrivée dans le service (le 7 juin), on constate un œdème marqué des membres inférieurs, bouffissure de la face.

Examen des urines : 6 grammes d'albumine par litre (eau-de-vie allemande, régime lacté, chloral).

Le 10 juin. — 1 litre 1/2 d'urine et 10 grammes d'albumine par litre.

A 9 h.30 du matin accès dits éclamptiques (chloroforme, lavements purgatifs; lavements de chloral).

La malade reprend connaissance vers midi, mais elle se plaint de douleurs épigastriques.

Le 11 juin. — 8 grammes d'albumine; urine : 1 litre.

Le 25 juin. — 2 grammes d'albumine ; urine : 2 litres.

Le 5 juillet. — Elle quitte l'hôpital ayant encore 1 gramme d'albumine dans ses urines.

2° Syphilis.

L'influence de la syphilis sur la grossesse est indiscutable. C'est une des maladies qui fait sur elle le plus de ravages et qui exerce sur l'enfant l'action la plus néfaste.

Si, dans certains cas, la syphilis n'a aucun effet sur la grossesse, nombreuses sont les femmes chez lesquelles la grossesse est modifiée du fait de la syphilis, surtout lorsque le traitement n'a pas été suivi ou a été insuffisant. Non seulement l'évolution normale de la grossesse est contrariée par l'influence de la syphilis mais encore le produit de conception est compromis d'une façon désastreuse.

D'après le professeur Fournier l'enfant est voué presque infailliblement, soit à mourir avant de naître, soit à naître avec la syphilis ou bien à venir à la vie sans la syphilis mais avec une santé compromise, de débilité native, une constitution appauvrie, en un mot dans un état au moins relatif de déchéance originelle.

C'est surtout pendant les trois premières années de la maladie que les interruptions de la grossesse ont le plus souvent lieu et en particulier la première année. Aussi M. Fournier l'a dénommée « l'année terrible. » Sur 90 femmes ayant été infectées par leurs maris et qui sont devenues enceintes la première année de leur maladie 50 ont avorté ou sont accouchées prématurément, ce qui donne une proportion effrayante de 55 0/0.

« Le temps, dit notre maître M. Fournier, use, atténue l'influence syphilitique et peut finir par l'annuler. C'est ainsi qu'on voit des femmes qui n'ont subi aucun traitement, expulser successivement à des époques de plus en plus éloignées du début de la gestation, puis accoucher enfin au terme de la grossesse.

Voici une observation de Mireur citée par M. Fournier dans le *Bulletin médical* (année 1889, page 772).

Observation. — Un jeune maçon contracte la syphilis et se marie au début de la période secondaire. Il contagionne aussitôt sa femme. Surviennent huit grossesses.

Première grossesse: interruption au cinquième mois;

Deuxième grossesse : interruption au sixième mois ;

Quatrième et cinquième grossesses : enfants vivants mais syphilitiques, mourant le premier à 30 jours, le deuxième à 45 jours, sixième, septième et huitième grossesses, enfants vivants et sains. C'est du reste ce que nous montre fréquemment à l'amphithéâtre notre maître M. Pinard lors des discussions des observations de son service.

Depuis Mauriceau, Garnier, Nicolas de Blegny, Levret, Bertin on a toujours été partisan de traiter les parturientes syphilitiques pour pouvoir mener la grossesse au moins jusqu'à terme. En effet, en 1869, Furth écrivait : « Commencé le 7e mois de la grossesse le traitement a les plus grandes chances de sauver la vie de l'enfant ; plus tard les résultats sont douteux mais toujours utiles à la mère. »

Cependant Colson et Haguier ont réfuté ces manières

de voir et invoqué que le mercure était un agent provocateur de l'avortement.

Durant notre stage à Baudelocque nous avons toujours vu M. Pinard traiter la femme syphilitique par le mercure pendant la grossesse et par ce moyen il a obtenu les meilleurs résultats.

Le professeur Fournier dans son excellent ouvrage « *Syphilis et grossesse* » et « *l'hérédité syphilitique* » a insisté longuement sur la fréquence des accouchements prématurés au cours de la syphilis. Sur un chiffre de 53 femmes syphilitiques dont la grossesse s'est terminée à Lourcine 17 ont avorté à différents termes de la grossesse :

8 ont accouché prématurément,

28 ont accouché à terme.

Diday sur 18 femmes atteintes en a vu 11 avorter. D'après Stoltz les deux tiers des femmes atteintes de la syphilis accouchent avant terme et dans la moitié des cas les enfants sont mort-nés.

Les statistiques les plus récentes donnent les chiffres suivants pour la fréquence des accouchements avant terme dans la syphilis : celle de Weber 20 0/0, celle de Fournier 47 0/0, celle de Le Pileur 36 0/0, celle de Rafines 34 0/0. La moyenne de ces quatre chiffres basés sur 606 couches donne la proportion de 34 0/0, soit à peu près un tiers. Blaise, dans sa thèse d'agrégation, a obtenu un résultat analogue ; sur 1.013 cas de syphilis il a observé des accouchements prématurés dans 36,8 0/0 des cas.

Sur 127 accouchements de syphilitiques observés à Saint-Louis par M. Fournier il y a eu :

36 accouchements prématurés,

39 avortements,

42 accouchements à terme.

Soit une proportion de 28,35 0/0

M. Vallais (thèse de Paris, 1893) sur 1.000 accouchements de toute nature y compris syphilitiques et non syphilitiques a relevé 33 accouchements prématurés causés par la syphilis.

24 dans le cours du 7e mois.

9 entre le 8e et le 8e mois 1/2.

14 fois l'enfant était mort et macéré.

1 fois mort sans macération.

4 avortements dus à la même cause.

Ce qui donne une proportion de 1 accouchement prématuré causé par la syphilis pour 30 accouchements ou 3, 3 0/0.

Après avoir exposé ces différentes statistiques, nous dirons que sur 5.000 observations de toute nature que nous avons recueillies 161 femmes étaient syphilitiques ; or, sur ces 161, il y a eu 121 accouchements prématurés causés par la syphilis se répartissant ainsi :

Primipares : 39 dont 9 au 7e mois, 15 au 8e mois, 15 au 9e mois ;

Multipares : 82 dont 20 au 7e mois, 33 au 8e mois, 29 au 9e mois.

Ce qui nous donne une proportion de 75,15 accouchements prématurés sur 100 syphilitiques.

Et sur 1.614 accouchements prématurés nous avons

une proportion de 7,49 0/0 ou 1 sur 13 accouchements avant terme causés par la syphilis.

Sur les 121 accouchements prématurés causés par la syphilis nous relevons :

58 enfants morts et macérés,

18 morts entre le 1er et le 9e jour,

45 vivants.

Pour pouvoir déterminer la syphilis dans nos 5.000 observations, nous nous sommes basé le plus souvent :

1° Sur les interruptions de grossesse antérieure sans cause suffisamment démontrée ;

2° Sur l'état de l'enfant à la naissance.

3° Sur l'aspect des cotylédons, la friabilité et le poids du placenta. Ce poids du placenta est tellement important pour notre maître M. Pinard que, se basant sur ce fait, jamais il ne confie un enfant né dans ces conditions à une autre nourrice que sa mère.

En résumé :

La syphilis agit d'une façon très manifeste sur la grossesse ; elle en abrège la durée dans les deux tiers des cas environ et la grossesse de la femme syphilitique se termine souvent soit par un avortement, soit, ce qui est le plus fréquent, par un accouchement prématuré.

Observation n° 1118. — Année 1904.

Expulsion spontanée d'un enfant mort et macéré au cours du huitième mois occasionnée par la syphilis paternelle.

Annette R..., 33 ans, VI-pare, cordonnière, se repose depuis huit jours.

Entre à la salle du travail le 22 août 1904 à 5 heures du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques. — Rien de particulier.

Grossesses et accouchements antérieurs : I. — En 1890, présentation du sommet, accouchement spontané et à terme ; fille morte quinze jours après. R. de C. six semaines après l'accouchement.

II. — En 1892, présentation du sommet, accouchement spontané au huitième mois, mort quinze jours après.

III. — En 1898, expulsion d'une fille morte et macérée au septième mois ; R. de C. six semaines après.

IV. — En 1901 avortement de 6 mois. R. de C. six semaines après.

V. — En 1903, à Baudelocque, observation n° 597, expulsion d'un enfant mort et macéré au septième mois ; R. de C. six semaines après.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 23 au 26 décembre 1903.

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : il y a quinze jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen obstétrical : tension de la paroi exagérée.

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : G. T.

Auscultation : nulle.

Début du travail : 22 août 2 heures matin.

Dilatation complète : 22 août 8 h. 45 du matin.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Liquide amniotique abondant chocolaté.

Accouchée : le 22 août 9 h. 15 matin.

Durée totale du travail : 7 h. 15.

Poids de l'enfant : 2.500 grammes, mort et macéré.

Poids du placenta : 770, grammes, blanchâtre ; sillons profonds.

Mensuration des membranes : 25/5 caduque, épaissie.

Pouls 72. Température 37°2.

Injection intra-utérine.

Observation nº 1682. — Année 1904.

Accouchement prématuré au huitième mois ; enfant présentant du pinfigus (syphilis paternelle probable).

Marie S..., 21 ans, primipare, infirmière, se repose depuis deux mois.

Entrée à la salle du travail à 2 h. 30, 30 novembre soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier, réglée à 18 ans régulièrement.

Dernières règles : du 11 au 13 avril.

Hauteur de l'utérus : 23 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : il y a deux jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical ; présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : D. T.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 30 novembre 1 heure du matin.

Dilatation complète : 30 novembre à 10 h. 30 du soir.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Liquide amniotique : opalescent.

Accouchée : le 30 novembre 10 h. 45.

Durée totale du travail : 9 h. 45.

Enfant pesant 1.550 grammes, débile.

Placenta : 520 grammes, sillons profonds et friable.

Mensuration des membranes : 29/15.

Température 37°2. Pouls 80.

Remarque. — L'enfant présente des pinfigus aux pieds, aux mains et aux jambes ; la mère ne présente pas de traces de siphilis ; elle ne peut donner aucun renseignement sur la santé de son mari.

Observation n° 153. — Année 1905.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Rupture prématurée des membranes vingt-trois heures avant l'accouchement. Syphilis maternelle traitée avant et pendant la grossesse.

Cécile D..., 24 ans, III-pare, coupeuse, s'est reposée pendant toute sa grossesse.

Entrée à la salle de travail le 1er février à 1 h. 05 du matin.

Antécédents héréditaires et physiologiques. — Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. — Syphilis à 22 ans, février 1903. A été soignée à Saint-Antoine par des injections d'huile grise jusqu'en décembre 1904.

Réglée à 19 ans régulièrement.

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — Mars 1902, avortement de deux mois, chez elle. R. de C. six semaines après.

II. — Décembre 1902, accouchement spontané, à terme (?), présentation du sommet ; fille ; vivante ; élevée au sein maternel jusqu'à trois mois, puis biberon jusqu'au commencement du dixième mois. R. de C. (?).

Pères différents pour les trois grossesses.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 1er au 4 mai 1904.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a deux jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical :

Présentation : céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété : D. T.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 1er février minuit.

Dilatation complète : 1er février 11 h. 20 matin.

Liquide amniotique (?).

Accouchée : le 1er février 11 h. 30 matin.

Poids de l'enfant : 2.980 grammes.

Poids du placenta : 620 grammes.

Mensuration des membranes : 36/5.

Température : 37°. Pouls : 92.

Remarque. — L'enfant est allaité seulement du sein gauche ; pansement du sein droit.

Le 8 mars, l'enfant est ramené, ayant de l'hématurie, dans un fort mauvais état.

Cette femme a eu des accidents spécifiques en février 1903 ; roséole ; plaques muqueuses à la bouche et à la vulve ; depuis céphalées et perte des cheveux; injections d'huile grise à Saint-Antoine jusqu'en décembre 1904.

Observation n° 376. — Année 1906.

Accouchement prématuré au huitième mois ; enfant pesant 1.940 *grammes. Placenta* 520 *grammes . Spécificité paternelle probable.*

Marie L..., 19 ans, primipare, couturière, ne pique pas à la machine, ne s'est pas reposée.

Entrée à la salle de travail le 1er mars 8 h. 45 matin.

Antécédents héréditaires, pathologiques et physiologiques. — Rien de particulier.

Réglé à 13 ans 1/2 régulièrement.

Date des dernières règles : du 6 au 9 juillet.

Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : 28 juillet 1905.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 1er mars, 8 h. matin.

Dilatation complète : 1er mars 8 h. 20 soir.

Rupture des membranes : spontanée, précoce, 1er mars 10 heures matin.

Liquide amniotique : opalescent.

Accouchée : le 1er mars 8 h. 45 soir.

Durée totale du travail : 12 h. 45.

Pois de l'enfant : 1.940 grammes.

Poids du placenta : 520 grammes (*placenta d'un poids au-dessus de la moyenne* ; *aspect lavé, sillons intercotylédonaires développés, friabilité*).

Mensuration des membranes : 24/7.

Température 37°. Pouls 81.

Enfant mort le 8 mars 5 heures du matin.

3° Intoxication.

Parmi les intoxications pouvant déterminer l'accouchement prématuré, nous n'avons trouvé dans notre statistique que des observations concernant l'intoxication saturnine. Nous ne donnerons donc de chiffres que concernant cette intoxication.

L'influence du plomb a été remarquée comme jouant un rôle néfaste sur la grossesse et sur le produit de la conception.

Constantin Paul le premier, par exemple, dans une première série d'observations nous montre 5 femmes ayant eu 25 grossesses dont 1 seul enfant vécut ;

Il y a eu 22 avortements ;

Et 2 accouchements prématurés dont: 1 mort-né ; 1 mort dans les vingt-quatre heures.

Une deuxième série comprend des femmes qui, ayant eu de bonnes couches avant de s'exposer à l'influence du plomb, ont vu depuis le produit de leur conception en subir les atteintes; 6 femmes qui avaient eu préalablement 10 enfants à terme, ont eu par la suite 43 nouvelles grossesses et sous l'influence du plomb donnent seulement deux enfants qui restent vivants.

Les autres se répartissent ainsi :

32 avortements de 2 à 6 mois ;
1 accouchement prématuré ;
2 enfants mort-nés.

Des 2 enfants vivants l'un est très chétif.

Dans une troisième série il cite 6 femmes sur lesquelles l'influence du plomb a été moindre ; aussi le résultat est-il un peu plus avantageux.

Ces 6 femmes ont eu 29 grossesses dont :

8 avortements ;
1 accouchement prématuré ;
12 enfants morts ;
8 vivants.

Enfin il nous montre 3 femmes qui, pendant tout le temps qu'elles ont été sous l'influence du plomb, ont eu des avortements. Après s'être reposées pendant quelques années, elles ont eu des enfants sains et bien portants.

D'après une statistique faite par M. Balland à la clinique Baudelocque de 1890 à 1895, sur 138 fem-

mes exposées par leur métier aux accidents saturnins il y a eu :

45 accouchements à terme :
57 accouchements prématurés ;
36 avortements ;
37 enfants morts ;
9 mort-nés ;
56 enfants vivants.

Dans nos 5.000 observations nous-même avons trouvé 4 femmes ayant été fécondées par des maris présentant des accidents saturnins.

Nous n'avons pas pu trouver des femmes directement exposées par leur métier aux effets de cette intoxication.

En conséquence notre statistique ne portera que sur les accouchements prématurés provoqués par le saturnisme paternel.

Dans ces conditions nous avons 4 accouchements prématurés dont :

2 chez les primipares : 1 au 7e mois ; 1 au 9e mois ;
2 chez les multipares : 1 au 8e mois ; 1 au 9e mois.

Ces 4 prématurés sont nés vivants.

Nous conclurons en disant que le saturnisme paternel a une action assez marquée sur la grossesse et qu'il détermine assez fréquemment l'accouchement prématuré.

Observation n° 1677. — Année 1904.

Accouchement prématuré, au cours du neuvième mois, causé par saturnisme paternel.

Claudine B..., 19 ans, primipare, bijoutière, se repose depuis quatre mois.

Entrée à la salle de travail le 29 novembre 10 h. 45 matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 15 ans régulièrement.

Date des dernières règles : du 20 au 28 mars 1904.

Hauteur de l'utérus : 30 centimètres.

Age de la grossesse : huit mois accomplis.

Dernier rapport : il y a cinq jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : D. P.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 29 novembre 3 heures matin.

Dilatation complète : 29 novembre midi.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 29 novembre 1 heure soir.

Durée totale du travail : 10 heures.

Poids de l'enfant : 2.400 grammes.

Poids du placenta : 390 grammes.

Mensuration des membranes : 29/9.

Température : 36°6 ; pouls : 80.

Remarque. — *Le père est imprimeur, manie les caractères de plomb depuis sept ans, a eu une crise de colique saturnine en 1903.*

Observation n° 1333. — Année 1905.

Expulsion, au cours du septième mois, d'un enfant mort et macéré par saturnisme paternel.

Marie T..., 25 ans, primipare, concierge, entrée à la salle de travail le 4 septembre 9 heures soir.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier; réglée à 14 ans irrégulièrement, régulièrement depuis son premier rapport qui a eu lieu à 24 ans.

Dernières règles : du 12 au 15 février 1905.

Hauteur de l'utérus : 26 centimètres.

Age de la grossesse : septième mois.

Dernier rapport : il y a sept jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété G. P.

Auscultation : négative, ne sent plus remuer depuis quatre jours.

Début du travail : 4 septembre 11 heures matin.

Dilatation complète : 5 septembre 1 h. 30 matin.

Liquide amniotique : chocolaté.

Accouchée : le 5 septembre 1 h. 40 du matin.

Durée totale du travail : 14 h. 30.

Poids de l'enfant : 1.950 grammes.

Poids du placenta : 450 grammes.

Mensuration des membranes : 26/7.

Température 36°6. Pouls 88.

Remarque. — *Père, 27 ans, peintre en bâtiments; paralysie saturnine.*

Observation n° 1721. — Année 1905.

Accouchement prématuré au commencement du neuvième mois occasionné par intoxication saturnine du père.

Claudine B..., 20 ans, II-pare, ménagère, entre à la salle de travail le 20 novembre 7 h. 30 du matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier ; réglée à 15 ans régulièrement.

P. R. : 18 ans.

Grossesse et accouchement antérieur : 1er novembre 1904, à Baudelocque, observation n° 1677; présentation du sommet; accouchement spontané et prématuré au neuvième mois; garçon; vivant; élevé au biberon par la mère; l'enfant présente une hernie inguinale à droite et a l'incontinence d'urine. R. de C. six semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 1er au 5 mars 1905.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a huit jours.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen au moment de l'accouchement : trace d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété (?)

Auscultation : bonne.

Début du travail : 20 novembre à 3 heures du matin.

Dilatation complète : 20 novembre (?)

Rupture des membranes : à la dilatation complète à son entrée à la salle de travail.

Accouchée : le 20 novembre à 8 heures du matin.

Durée totale du travail : 5 heures.

Poids de l'enfant : 2.300 grammes.

Poids du placenta : 400 grammes.

Mensuration des membranes : 30/12.

Température ; 37°. Pouls : 90.

Remarque. — *La parturiente est la même dont l'observation porte le n° 1677 et dont l'accouchement prématuré a été rapporté pour la même cause.*

4° Cardiopathie

Le pronostic de la grossesse et de l'accouchement est-il grave chez un cardiaque ?

Les auteurs sont très divisés sur la question.

Durozier le premier a établi que les femmes atteintes de maladies du cœur sont sujettes à l'irrégularité des règles, que ces règles prennent souvent la forme de pertes et que, chez ces femmes, les fausses couches sont fréquentes.

Budin, Peter, Berthiot, Marty, Bouquet-Lagrange, Porak et Schlayer se rangent à cette même idée.

Certains auteurs disent même qu'une femme ayant une lésion cardiaque et principalement une lésion mitrale peut, si elle devient enceinte, courir de très

grands risques. Elle doit, disent-ils, renoncer au mariage si elle est fille, si elle est mariée renoncer à devenir mère et ne pas allaiter si elle est mère.

D'autres, moins absolus, prétendent que dans bien des cas les femmes présentant des affections cardiaques peuvent se marier, avoir des enfants, sans courir de graves dangers, au moins dans la plupart des cas.

Sans vouloir prendre parti pour l'une ou pour l'autre de ces deux opinions, nous allons montrer, à l'aide de quelques statistiques, dans quelle proportion la cardiopathie agit sur la grossesse, et si elle peut être considérée comme une cause fréquente d'accouchement prématuré.

M. Mazier dans sa thèse inaugurale cite 100 observations puisées à la clinique Baudelocque, 4 seulement sont accouchées prématurément, et toutes étaient multipares : 1 au 8e mois ; 3 au 9e mois.

Nous lisons dans la *Przeglade Lekarski de Krakow*, 1902 (pages 429-431), un article du Dr Rudolf Breijter, assistant au service du professeur Dra Marsa d'où il ressort que sur 32 cardiaques :

18 ont accouché avant terme,

14 à terme.

soit une proportion de 55 0/0.

D'après Guérard 40,5 0/0, Leyden 48 0/0, Laubinger 28,2 0/0, Peter 46,2 0/0, Schlayer 21,4 0/0.

Vinay sur une série de 5.000 accouchements trouva 80 cardiaques ; de ces 80 cardiaques, 72 n'eurent aucun accident sérieux, 6 présentèrent de l'asystolie, 2 de l'œdème pulmonaire ; de ces différents cas trois furent mortels.

Courréjol, réunissant ses faits à ceux de Porak, constate (Vinay, *Traité des maladies de la grossesse*) :

accouchements à terme. . . .	128
— avant terme. . . .	92
	220

D'après Schlayer, 25 cas eurent les résultats suivants :

Primipares, 5; secondipares, 5 : accouchements à terme 6; accouchements prématurés 4.

Multipares, 15 : accouchements à terme 4; accouchements prématurés 10 ; incertain 1.

Demelin (*Journal d'Obstétrique*, 1896) sur 5.162 femmes enceintes a recueilli 64 cardiaques ; de ces 64 cardiaques il y a eu 23 accouchements prématurés dont :

9 au 7 et 8e mois ;

14 au 9e mois.

Dans ces 64 cardiaques la grossesse des 41 autres s'est terminée sans incidents.

Nous-même, sur nos 5.000 observations, nous avons trouvé 65 cardiaques. Une seule de ces cardiaques a présenté des signes cardio-pulmonaires avant et après l'accouchement.

Nous n'avons pas eu de cas de mort.

Pour ces 65 cardiaques nous avons eu 6 accouchements prématurés qui se répartissent ainsi :

3 primipares : 1 au 8e mois ; 2 au 9e mois ;

3 multipares : 1 au 7e mois ; 1 au 8e mois ; 1 au 9e mois ;

Sur les 1.614 accouchements prématurés que nous avons constatés au total sur nos 5.000 observations six

ont donc eu pour cause la cardiopathie, soit une proportion de 0,37 0/0, autrement dit 1 sur 269.

Nous conclurons en disant que l'influence de la cardiopathie sur la grossesse dans certains cas est infiniment moindre qu'on ne l'a dit. La formule de Peter doit donc être considérée comme beaucoup trop absolue.

Observation n° 1183. — Année 1905.

Accouchement prématuré, au huitième mois, occasionné par la maladie du cœur.

Jeanne P..., 19 ans, primipare, culottière, se repose depuis quatre mois.

Entrée à la salle du travail le 4 août 9 heures du matin 1905.

Antécédents héréditaires, pathologiques et physiologiques. — Rien de particulier, réglée à 13 ans irrégulièrement.

Dernières règles : du 15 au 20 décembre 1904.

Hauteur de l'utérus : 27 centimètres.

Age de la grossesse : huitième mois.

Dernier rapport : il y a trois mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : cœur souffle systolique se propageant vers l'aisselle ; dédoublement du second bruit.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 3 août 10 heures soir.

Dilatation complète : 4 août 1 h. 50 du soir.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Accouchée : le 4 août 2 h. 20 soir.

Durée totale du travail : 16 h. 30.

Poids de l'enfant : 1.850 grammes.

Poids du placenta : 570 grammes.

Mensuration des membranes : 32/3.

Pouls : 92. Température : 37°.

Remarque. — L'enfant est mort le quatrième jour.

Observation nº 1462. — Année 1905.

Accouchement prématuré, au commencement du huitième mois, occasionné par rétrécissement mitral.

Madeleine T..., 26 ans, II-pare, modiste, ne se fatigue pas.

Entrée à la salle de travail le 29 septembre 4 heures soir.

Antécédents héréditaires et physiologiques. — Rien de particulier.

Antécédents pathologiques. — A l'âge de 20 ans a eu des crises d'oppression et de palpitations ; réglée à 15 ans irrégulièrement toutes les sept à huit semaines.

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — 17 décembre 1902 à la Maternité ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; fille ; sein par nourrice ; morte le quinzième jour. R. de C. un mois après l'accouchement.

Grossesse actuelle (différents pères).

Dernières règles : du 19 au 23 février 1905.

Hauteur de l'utérus : 26 centimètres.

Dernier rapport : il y a sept semaines.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : cœur souffle au deuxième temps à la pointe (rétrécissement mitral).

Examen obstétrical.

Présentation : de l'extrémité céphalique.

Engagement : non effectué.

Position et variété (?)

Début du travail : 29 septembre 3 heures soir.

Dilatation complète : 29 septembre 7 heures soir.

Rupture des membranes : spontanée, précoce, 29 septembre 5 heures soir.

Accouchée : le 29 septembre 7 heures soir.

Durée totale du travail : 4 heures.

Poids de l'enfant : 1.450 grammes.

Poids du placenta : 450 grammes.

Mensuration des membranes : 33/6.

Température 37°2. Pouls 88.

Remarque. — Cette femme a montré les premiers symptômes de maladie du cœur vers l'âge de 20 ans. Crises d'oppression nocturnes ; dyspnée d'effort ; palpitations. Exagération assez marquée de ces symptômes pendant la grossesse. Accouchée sans accidents à la Maternité en décembre. Accidents cardio-pulmonaires après l'accouchement ; transférée dans un service de médecine.

5° Tuberculose

On sait que l'influence de la tuberculose a été diversement interprétée.

Nous empruntons à Vinay (*Traité des maladies de la grossesse*) l'opinion suivante :

L'influence de la tuberculose sur la grossesse n'est pas aussi prononcée qu'on le croit ; il arrive souvent que les femmes accouchent à terme malgré les lésions avancées. Grisolle, Dubreuilh, Bourgeois sur 159 femmes tuberculeuses ont vu :

138 accouchements à terme ;
9 accouchements au 9e mois ;
11 avortements ;
1 femme morte au 7e mois non accouchée.

Orlega sur 95 femmes qui eurent 185 grossesses a eu :

95 grossesses à terme ;
28 accouchements avant terme ;
3 avortements.

Etant donnée la fréquence que nous connaissons par traumatisme sexuel et insertion vicieuse on ne peut vraiment interpréter ces chiffres en faveur de l'accouchement prématuré dû à la tuberculose.

M. Vallais sur 1.000 accouchements a vu 3 fois la tuberculose déterminer l'accouchement prématuré. Ici l'auteur ne nous parle ni du dernier rapport ni de l'insertion du placenta. Donc nous sommes autorisé à contester ses affirmations.

Nous-même nous avons recueilli quatre cas de tuberculose ayant provoqué l'accouchement prématuré. Ces quatre femmes étaient les multipares qui ont accouché prématurément au neuvième mois.

Chez ces quatre femmes il n'y avait ni insertion basse

du placenta ni traumatisme sexuel. Ces femmes étaient de grandes tousseuses.

Avant de tirer nos conclusions ouvrons une parenthèse pour dire quelques mots de l'influence de la grossesse sur la tuberculose et de la tuberculose sur l'allaitement.

Grisolle, Dubreuilh de Bordeaux, Bahuand, Caresme, Orlega, Bizouard, Spiegelberg, Schröder, Hecker, Speeth, Carl, Braun, Playfour, W. Duncan, etc... admettaient l'influence fâcheuse et aggravante de la grossesse sur la tuberculose.

Au contraire Cullen, J. Franck, Bordeu, Baumès, Dugès, Brioudent disent que la grossesse souvent retarde chez les femmes les progrès de la tuberculose, bien entendu si elles ne présentent pas de lésions ouvertes et si elles n'ont aucune température.

C'est d'ailleurs l'opinion admise par M. Pinard. Aussi avons-nous eu l'occasion de voir maintes fois dans son service des femmes ayant un casier ancestral des plus fâcheux, mais ne présentant aucune liaison ni température, mener leur grossesse à bien, être de très bonnes nourrices et n'avoir par la suite aucun trouble de la santé.

Au point de vue de l'allaitement, M. Pinard le conseille chez toute femme ayant une tuberculose guérie ; il l'interdit chez toute femme ayant une tuberculose en voie d'évolution. En outre si la tuberculose est ouverte l'enfant est immédiatement séparé de sa mère.

Conclusions :

1° L'influence de la tuberculose sur la grossesse est presque nulle ;

2° Elle provoque rarement l'accouchement avant terme 0,24 0/0 ou 1 fois sur 403 accouchements prématurés ;

3° Elle nous paraît agir par action mécanique ; aussi nous demandons-nous si nous avons eu raison de classer les accouchements prématurés déterminés par la tuberculose dans la catégorie des accouchements prématurés liés à une maladie générale ;

4° Nous ajouterons, bien que cela soit en dehors de notre sujet, ces réflexions :

La femme tuberculeuse peut allaiter son enfant si elle n'a pas de tuberculose en évolution et si la température minutieusement prise ne présente pas d'élévation.

Si la tuberculose est ouverte, l'enfant non seulement ne sera pas allaité par sa mère, mais devra être éloigné d'elle.

Observation n° 232. — Année 1904.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Tuberculose pulmonaire ; souffle cavitaire et craquement.

Ernestine L..., 30 ans, III-pare, cordonnière, travaille assise, ne s'est pas reposée.

Entrée à la salle de travail, 11 février 10 heures matin.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux ; huit frères et sœurs tous morts, dont deux de méningite.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 14 ans.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 7 ans, pleurésie à 24 ans ; depuis, tousse souvent l'hiver par quintes provo-

quant des vomissements ; hémophtisie au début de la pleurésie (déc. 1898) ; deuxième homophtisie (juin 1899).

Grossesses et accouchements antérieurs :

I. — Février 1892 à Saint-Louis ; accouchement spontané et à terme ; présentation du sommet ; fille ; élevée au sein maternel ; marché à 9 mois ; première dent à 1 an ; vivante et bien portante ; pas de règles pendant l'allaitement.

II. — 1895 à Saint-Louis ; présentation du sommet, accouchement spontané et à terme ? fille ; sein maternel jusqu'à 9 mois ; allaitement mixte ensuite ; première dent à 4 mois 1/2 ; marché à 10 mois ; actuellement bien portante ; pas de règles pendant l'allaitement.

Grossesse actuelle :

Date des dernières règles : du 10 au 16 mai 1903.

Hauteur de l'utérus : 29 centimètres.

Dernier rapport : 5 juin.

Examen des urines pendant la grossesse ; — pas d'examen au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : poumon, *sommet droit*, souffle cavitaire en arrière. *Sommet gauche*, craquement sec en arrière.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : s'engageant.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 11 février 9 h. 1/2 matin.

Dilatation complète : 11 février 3 h. 45 soir.

Rupture des membranes : spontanée, précoce.

Accouchée : le 11 février 4 heures soir.

Durée totale du travail : 6 h. 1/2.

Poids de l'enfant : 2.450 grammes.

Poids du placenta : 340 grammes.

Membranes (?)

Température 37°. Pouls 64.

Remarque. — Cette femme a beaucoup toussé pendant huit mois de sa grossesse, mais depuis un mois ne tousse pas autant et se trouve bien. État de la mère à la sortie bon.

Observation n° 717. — Année 1904.

Accouchement prématuré au cours du neuvième mois ; tuberculose du sommet droit.

Marie H..., 22 ans, secondipare, fait son ménage, se fatigue peu.

Entrée à la salle de travail 11 juin minuit 15.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 13 ans.

Antécédents pathologiques. — A 16 ans commencement de péritonite (?) début de la tuberculose, en traitement depuis un an et demi dans un dispensaire antituberculeux, piqûres de cacodylate de soude.

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — En 1902, accouchement spontané, à terme ; présentation du sommet ; garçon ; élevé en nourrice au sein chez une personne connue de la mère ; actuellement bien portant. R. de C. six semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 24 au 28 septembre 1903.

Hauteur de l'utérus : 28 centimètres.

Age de la grossesse : commencement du neuvième mois.

Dernier rapport : il y a un mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : *poumon, tuberculose du sommet droit (souffle cavitaire).*

Examen obstétrical : abdomen, paroi très tendue.

Présentation : du siège.

Engagement : effectué.

Position et variété : S. I. G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail (?).

Dilatation complète : 11 juin 1 h. 40.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Accouchée : le 11 juin à 1 h. 50.

Durée totale du travail (?).

Poids de l'enfant : 2.810 grammes.

Poids du placenta : 400 grammes.

Mensuration des membranes: 20/7.

Remarque. — Le 10 juin, à 10 heures du soir, la parturiente après avoir eu une hémorrhagie vient à la clinique et dit avoir perdu à 6 heures du soir environ deux verres de sang liquide et pas de caillot ; cette femme ne sortait pas de chez elle et s'est reposée jusqu'au 10 juin.

Le 10 juin elle voyage en tramway, marche beaucoup et rentre chez elle assez fatiguée; elle passe tout l'après-midi couchée ; la perte de sang la surprend à 6 heures du soir; à son arrivée à Baudelocque elle a 38° de température et 104 de pulsation.

Elle accouche sans incident ; enfant parti en nourrice.

Observation nº 1560. — Année 1904.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Tuberculose pulmonaire.

Henriette N..., 26 ans secondipare, journalière, se repose depuis six à sept mois par suite de maladie ; entre à la salle de travail le 8 novembre minuit 15.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux, trois frères vivants dont un tuberculeux; sept frères et sœurs morts, la plupart en bas âge.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 13 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Tousse depuis le mois de mars et se fait traiter pour la tuberculose ; se fait opérer le 20 août 1903 (ovariotomie droite).

Grossesse et accouchement antérieur :

I. — 25 septembre 1898 à la Maternité ; accouchement spontané et à terme ; fille vivante ; nourrie au sein maternel pendant six semaines puis au biberon par grand'mère pendant dix-huit mois, bien portante. R. de C. six semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 20 au 24 février 1903.

Hauteur de l'utérus : 23 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : il y a sept mois.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : poumon *tuberculeux*.

Examen obstétrical :

Présentation : céphalique.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 7 novembre 6 heures soir.

Dilatation complète : 8 novembre minuit 45.

Accouchée : le 8 novembre 1 heure matin.

Durée totale du travail : 13 heures.

Poids de l'enfant : 2.470 grammes.

Poids du placenta : 310 grammes.

Mensuration des membranes : 28/6.

Température : 36°. Pouls : 88.

Remarque. — Cette femme, depuis le mois de janvier, tousse, maigrit : elle a eu une hémopthisie peu abondante au mois de juin ; sueurs nocturnes.

Il n'y a pas eu d'aggravation de ces symptômes pendant la grossesse. Soignée à la consultation de l'hôpital Cochin par des piqûres de cacodylate de soude.

État à la sortie : bon.

Observation n° 519. — Année 1905.

Accouchement prématuré au neuvième mois ; tuberculose pulmonaire à la troisième période.

Armandine D..., 28 ans, IV-pare, confectionneuse, se repose, depuis six mois.

Entrée à la salle de travail le 7 avril 9 h. 30 du matin.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts tuberculeux dix frères et sœurs dont six morts et quatre vivants ; deux de ces quatre vivants sont mères de famille.

Antécédents physiologiques. — Marché à 17 mois ; réglée à 13 ans.

Antécédents pathologiques. — En 1904 pleurésie du côté gauche qui dure deux mois ; depuis tousse de plus en plus ; la voix est éteinte depuis quatre mois ; pas de diarrhée ; ses forces ont disparu depuis quelques mois ; elle est très maigre ; obligée de garder le lit depuis quinze jours ; *examen des poumons :* à droite : râle sous-crépitant de la moitié supérieure ; — à gauche : caverne et râle sous-crépitant, frottements pleuraux, dyspnée violente, pouls : 100, température 37°2.

Accouchements et grossesses antérieurs :

I. — Novembre 1898, accouchée chez elle spontanément et à terme ; présentation du sommet.

II. — En octobre 1899, accouchement prématuré au septième mois, présentation du sommet ; garçon mort le quatrième jour.

III. — En juillet 1902, accouchement spontané, à terme ; présentation du sommet ; garçon ; sein maternel neuf mois ; vivant. R. de C. six semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : du 26 au 29 juillet 1904.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : janvier.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'examen.

Examen des urines au moment de l'accouchement : pas d'albumine.

Examen général : *poumon tuberculeux.*

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 7 avril 9 h. 30 matin.

Dilatation complète : 7 avril midi.

Rupture des membranes : artificielle à la dilatation complète.

Accouchée : le 7 avril midi 30.

Durée totale du travail : 3 heures.

Poids de l'enfant : 2.000 grammes.

Poids du placenta : 280 grammes.

Membranes : 30/10.

Pouls 100. Température 37°2.

Remarque. — Pendant la période d'expulsion il n'y a eu aucun incident ; la parturiente était un peu cyanosée de la face.

État de la mère : partie à l'infirmerie quatre jours après l'accouchement ayant 39°6 de température et 124 de pulsation.

6° Maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont une cause assez fréquente d'interruption de la grossesse.

Nous n'avons eu à noter dans nos observations que deux maladies infectieuses ayant pu déterminer l'accouchement avant terme : la grippe et l'érysipèle.

Nous lisons ce qui suit relativement à la grippe dans Vinay (*Traité des maladies de la grossesse*) : « La grippe semble présenter chez les femmes en état puerpéral une allure particulière et une gravité spéciale qui résultent de l'action directe du poison grippal sur l'utérus. »

M. Vinay lui-même, pendant les épidémies de 1889-

1892, sur 22 femmes enceintes atteintes de grippe eut 6 accouchements prématurés.

« Le tiers de nos malades qui étaient enceintes, dit le même auteur, et qui ont eu la grippe sont accouchées prématurément. »

M. Cazeaux qui affirme avoir vu un assez grand nombre d'avortements, lesquels étaient la conséquence soit de la maladie elle-même, soit de l'effet des quintes de toux conclut à l'action néfaste de la grippe sur la grossesse.

Gotschalk, Muller, Petit, Labadie-Lagrave, Howcks ont observé des accidents analogues.

Quoi qu'il en soit, l'interruption de la grossesse est une conséquence possible de la grippe.

L'érysipèle, comme la grippe, peut provoquer l'accouchement prématuré ; mais il semble que ses ravages se font sentir davantage sur le produit de conception, d'où la proportion plus élevée d'avortements et d'accouchements prématurés.

Nous-même avons recueilli au cours de nos recherches deux cas d'accouchements prématurés dont un causé par la grippe et l'autre par l'érysipèle.

Nous conclurons donc qu'en général l'accouchement prématuré est une éventualité assez fréquente au cours des maladies infectieuses.

On les rencontre assez rarement chez les parturientes comme cause d'accouchement avant terme, soit 0,12 0/0 ou 1 fois sur 807 accouchements.

Observation n° 43. — Année 1905.

Accouchement prématuré au cours du neuvième mois. Grippe avec ascension thermique (38 et 39°) à son arrivée le 4 janvier 1905. Isolement.

M. C..., 24 ans, primipare, confection neuse, se repose depuis quinze jours avant son entrée dans le service.

Entrée à la salle de travail 10 janvier 10 heures matin.

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. — Rien de particulier. Réglée à 13 ans régulièrement.

Dernières règles : du 24 au 28 avril 1904.

Hauteur de l'utérus : 34 centimètres.

Age de la grossesse : neuvième mois.

Dernier rapport : 1er janvier.

Examen des urines pendant la grossesse : pas d'albumine ; — au moment de la grossesse : pas d'albumine.

Examen général : rien de particulier.

Examen obstétrical.

Présentation : du sommet.

Engagement : effectué.

Position et variété : G. A.

Auscultation : bonne.

Début du travail : 9 janvier 10 heures soir.

Dilatation complète : 11 janvier, minuit 15.

Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Liquide amniotique : opalescent.

Accouchée : le 11 janvier minuit 50.

Durée totale du travail : 26 h. 50.

Poids de l'enfant : 3.020 grammes.

Poids du placenta : 500 grammes.

Mensuration des membranes : 29/8.

Présentation du placenta : par le bord.

Délivrance : vingt minutes après, par expression française.

Remarque. — Aussitôt après la délivrance le pouls s'accélère. en même temps qu'un écoulement sanguin se fait par la vulve ; utérus petit ; pas de lésion apparente à la vulve ; le pouls est à 124, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Pouls 136, irrégulier. Injection de 300 grammes de sérum. Après vingt minutes le pouls retombe à 130 bien frappé et petit à petit diminue jusqu'à 98. Température 37°.

TABLEAU COMPARATIF de fréquence des causes de l'accouchement prématuré.

CAUSES	Nombre de cas ayant pu déterminer l'accouchement prématuré			*Age de la grossesse* 7e	8e	9e
Insertion basse du placenta (seule).....	387	168	Primipares.	12	37	119
		219	Multipares.	9	37	173
Insertion basse et fatigue professionnelle.	114	55	Primipares.	4	13	38
		59	Multipares.	1	13	45
Insertion basse et traumatisme sexuel....	74	49	Primipares.	3	11	35
		25	Multipares.	0	5	20
Fatigue professionnelle (seule).....	320	145	Primipares.	7	34	104
		175	Multipares.	4	27	144
Endométrite.....	173	79	Primipares.	5	16	58
		94	Multipares.	8	14	72
Traumatisme sexuel (seul).....	131	75	Primipares.	3	15	57
		56	Multipares.	1	10	45
Albuminurie.....	130	57	Primipares.	3	11	43
		73	Multipares.	7	19	47
Syphilis.....	121	39	Primipares.	9	15	15
		82	Multipares.	20	33	29
Grossesse gémellaire.	63	21	Primipares.	0	12	9
		42	Multipares.	2	17	23

TABLEAU COMPARATIF de fréquence des causes de l'accouchement prématuré.

CAUSES	Nombre de cas ayant pu déterminer l'accouchement prématuré			*Age de la grossesse* 7e	8e	9e
Insertion vélamenteuse.....	15	8	Primipares.	0	1	7
		7	Multipares.	0	0	7
Hydramnios.....	12	8	Primipares.	0	1	7
		4	Multipares.	0	0	4
Malformation utérine.	11	4	Primipares.	0	2	2
		7	Multipares.	1	1	5
Fibro-myomes.. ...	8	5	Primipares.	0	1	4
		3	Multipares.	0	0	3
Cardiopathie.....	6	3	Primipares.	0	1	2
		3	Multipares.	1	1	1
Intoxication.....	4	2	Primipares.	1	0	1
		2	Multipares.	0	1	1
Tuberculose.....	4	0	Primipares.	0	0	0
		4	Multipares.	0	0	4
Maladies infectieuses.	2	2	Primipares.	0	0	2
		0	Multipares.	0	0	0
Causes indéterminées.	39	12	Primipares.	3	4	5
		27	Multipares.	1	0	26

CONCLUSIONS

1° Dans un tiers des cas les accouchements (avortements non compris) ont lieu avant terme.

2° Nombreuses en sont les causes mais, sans contredit, la plus fréquente est encore l'insertion basse du placenta qui n'agit, il est vrai, dans la majorité des cas, que comme cause prédisposante ; la cause occasionnelle étant la fatigue professionnelle ou les traumatismes sexuels, si souvent retrouvés dans les antécédents de ces parturientes.

3° Vient ensuite l'endométrite dont nous constatons trop souvent les néfastes conséquences. Question, du reste, bien mal étudiée et que nous serions heureux de voir reprise pour être mieux définie, mieux mise en lumière. Peut-être pourrait-on alors en établir une prophylaxie effieace ?

4° Enfin, par ordre de fréquence, et bien loin derrière, l'albuminurie, la syphilis, la grossesse gémellaire, l'insertion vélamenteuse du cordon, les fibromyomes utérins, l'hydramnios, les malformations utérines, les

maladies infectieuses, les intoxications, les cardiopathies et la tuberculose peuvent causer l'accouchement prématuré.

Devant tous ces faits contrôlés par les statistiques, et sachant, d'autre part, quel triste sort est réservé aux prématurés il nous faut, avec notre maître M. Pinard, émettre ces vœux :

Le médecin doit tout faire pour amener à terme la grossesse.

La société doit user de tout son pouvoir pour l'aider à atteindre ce but pour l'avenir du pays et dans l'intérêt de l'humanité.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traité pratique d'accouchement, 1898.

Bachimont. — Document pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine.

— De la puériculture intra-utérine au cours de la grossesse gémellaire (*Thèse Paris*, 1898-1899).

Bar (P). — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (*Thèse Paris*, 1881).

Balland. — Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception (*Thèse Paris*, 1895-1896).

Barbézieux. — *Thèse Paris*, 1888-1889.

Barbin. — De l'influence des diverses maladies, en particulier de la syphilis sur la grossesse (*Thèse Paris*, 1870).

Baudelocque. — L'art des accouchements.

Bigex. — Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgés (*Thèse Paris*, 1899-1900).

Bouquet. — Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe (*Thèse Montpellier*).

Bourgeois d'Ortega. — (Statistiques-tuberculose).

Brédier. — Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites au cours de la grossesse (*Thèse Paris*, 1901-1902).

Brenot. — De l'influence de la copulation pendant la grossesse (*Thèse Paris*, 1903).

Breijter. — La grossesse, l'accouchement chez les cardiaques.

Brion. — Étude critique sur 530 cas d'avortement (*Thèse Paris*, 1893).

Budin et Crouzat. — La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes (1898).

Cazeaux. — Traité pratique de l'art des accouchements (1870).

Charpentier (A). — Traité pratique de l'art des accouchements (1883).

Chéron. — De l'utérus didelphe considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*L'Obstétrique*, 15 mars 1897).

Delestre et Hahn. — *Thèse Paris*, 1901.

Fournier. — Siphylis et mariage.

— *Bulletin médical* (1889).

Gaulard. — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1880.

Gautrelet. — *Thèse Paris*, 1886.

Guillemeau (Jacques). — De la grossesse et accouchement des femmes, 1621.

Hastu. — Des prématurés ; caractères; pronostics; traitements *Thèse Paris*, 1900.

Hergott (Alphonse). — Tuberculose et gestation. (*Annales de gynécologie*, juillet-août 1891).

Hergott Jos. (Nancy). — Traduction du Traité des maladies des femmes de Soranus d'Éphèse.

Jacquemier. — Manuel des accouchements et maladies des femmes grosses accouchées (1846).

Kania. — De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose (*Thèse Paris*, 1903-1904).

Mme Lachapelle. — Pratique des accouchements. Paris, 1821 et 1825.

Lefèvre (Gaston). — De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (*Thèse Paris*, 1895-1896).

Maggiar. — De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur et de ses accidents (*Thèse Paris*, 1895).

Manolescu. — *Thèse Paris*, 1899.

Mauriceau (François). — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées (1721).

Maygrier et Demelin. — *Archives de tocologie et de gynécologie* (1901).

Mazier. — Contribution à l'étude des rapports de la parturition et des affections cardiaques (*Thèse Paris*, 1894-1895).

Meheut. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques (*Thèse Paris*, 1901-1902).

Mérger. — Étude critique sur la syphilis conceptionnelle.

Monteiro. — *Thèse Paris*, 1892-1893.

Moreau. — Traité pratique des accouchements (1841).

Naegele (H.-F.) et Grenser (W.-L.) (traduit de l'allemand par Aubenas). — Traité pratique de l'art des accouchements (1880).

Pidoux. — Traité de la phtisie, 1874.

Pinard. — Notes pour servir à l'histoire de la puériculture (*Bulletin de la Société de médecine, d'hygiène publique et d'hygiène professionnelle*, 1895, XVIII, p. 326).

— (*X^e Congrès international d'hygiène et de démographie*, 1900).

— Communication à l'Académie de médecine (26 nov. 1895).

— *Annales de gynécologie* (1901).

— Dict. encycl. de Dechambre, articles : *Accouchement*, *grossesse*, etc...

Pozzi (Samuel). — Traité de gynécologie.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique (1898).

Rousse. — De l'accouchement prématuré (*Thèse Montpellier*, 1866).

Rudolf Breijter. — Przglade Lekarski. — Krakow, 1902, p. 429-431.

M^me Sarraut-Laurier. — De l'influence du repos sur la durée de la gestation (*Thèse Paris*, 1899).

Schrœder Carl (traduit par A. Charpentier). — Manuel d'accouchements (1875).

Schwab. — De la syphilis du placenta (*Thèse Paris*, 1896).

Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements (1888).

Turner. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques.

Vallais. — Contribution à l'étude des causes de l'accouchement prématuré (*Thèse Paris*, 1893-1894).

Valmal. — Revue obstétrique journalière et pédiatrie.

Vinay. — Traité des maladies de la grossesse.

Ycard. — De l'étiologie des fibromyomes de l'utérus en particulier chez les femmes multipares.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION. 12

CHAPITRE I. — Durée de la grossesse 15

Fixation du terme de la grossesse 17

CHAPITRE II. — Accouchement prématuré. 20

Les prématurés 23

CHAPITRE III. — Causes de l'accouchement prématuré. . 24

Fréquence de l'accouchement prématuré. . . 27

CHAPITRE IV. — Absence d'hygiène pendant la grossesse.

— I. — *Fatigue professionnelle.* 29

II. — *Traumatisme sexuel* 37

CHAPITRE V. — Disposition anormale de l'œuf. — I. —

Insertion du placenta sur le segment inférieur. 47

II. — *Grossesse gémellaire* 58

III. — *Hydramnios.* 67

IV. — *Insertion vélamenteuse du cordon.* 76

CHAPITRE VI. — Maladie de la caduque. — *Endométrite.* 84

CHAPITRE VII. — Malformation utérine et fibromyomes.

— I. — *Malformation utérine* 92

II. — *Fibromes* 99

CHAPITRE VIII. — Causes d'ordre général. — I. — *Albuminurie* 108

II. — *Syphilis* 118

III. — *Intoxication* 128

IV. — *Cardiopathie.* 134

V. — *Tuberculose* 139

VI. — *Maladies infectieuses* 149

TABLEAU COMPARATIF 153

CONCLUSIONS 156

BIBLIOGRAPHIE 158

Imp. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE